ROK IX. WARSZAWA, 1935, SIERPIEŃ ZESZYT VIII.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉ À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

Chirurgja kosmetyczna zmarszczek twarzy

PODAŁ
DYONIZY HELLIN,
Profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej.

W piśmiennictwie polskiem sprawa chirurgji kosmetycznej prawie wcale nie była poruszana. Podano tylko opisy kilku przypadków nosa siodełkowatego a kilka artykółów o usuwaniu zniekształceń nosa ogłoszone zostały przezemnie w Wiedzy Lekarskiej [1]). O usuwaniu zmarszczek twarzy, o ile wiem, nic jeszcze u nas nie pisano. Pożyteczne więc będzie choćby krótkie omówienie sposobów usunięcia tego zniekształcenia, na zasadzie licznych przypadków z mej praktyki.

Zmarszczki na twarzy, szczególnie w okolicy powiek, zjawiają się nietylko wskutek zaniku podściółki tłuszczowej w starszym wieku, po chorobach, pociągających za sobą schudnięcie, lecz u niektórych ludzi już w wieku młodszym, bez widocznej przyczyny.

O ile operacja zniekształceń nosa daje wynik trwały, o tyle — co do tego należy uświadamiać poddającego się zabiegowi — dobry wynik operacji zmarszczek trwa zwykle tylko kilka lat, z biegiem bowiem czasu, bądź następuje zanik dalszej podściółki tłuszczowej bądź skóra traci poprzednią elastyczność. Lecz wszystkie kobiety, które o tem uprzedzałem, odpowiadały: „dla kobiety i te kilka lat mają duże znaczenie". Zmieniona dzięki zabiegowi chirurgicznemu twarz, to „babie lato", ma bezwarunkowo dla kobiety doniosłe znaczenie, choćby dlatego, że staro wyglądającą kandydatkę na posadę, niechętnie się przyjmuje, a wszak często człowiek nabiera wyglądu starczego, gdy duch jeszcze jest młodzieńczy. Stosować możemy zabieg kosmetyczny także u ludzi z połowicznym zanikiem twarzy.

Zabieg usunięcia zmarszczek jest bardzo prosty: polega on przedewszystkiem na wycięciu zbytecznej skóry. Wycięcie jednak samej skóry nie dałoby zadawalniających wyników. To też trzeba ściągnąć zapomocą szwów powięź, leżącą pod skórą. Pozwala to jednocześnie wyciąć większy kawałek skóry, a skóra pozostała daje się lepiej ściągnąć i zeszyć. Każdy przy-

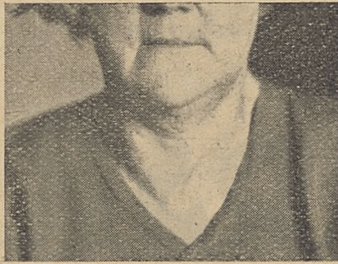




Fig. I. Odmłodzenie twarzy przez usunięcie zmarszczek policzków i powiek.

padek wymaga indywidualizacji, i tu trzeba często stosować się do życzenia pacjenta, bo właściwie od niego też zależy wskazanie do operacji.

Przed zabiegiem należy na próbę tak napiąć skórę, by zmarszczki się nie uwydatniały. Nakładanie wzorów, tak jak to czynią niektórzy operatorzy, jest nietylko zbyteczne, lecz i bezcelowe, bo im więcej się ściąga powięź, im więcej się skóry uwalnia, tem większy płat skóry można usunąć, a zresztą elastyczność skóry jest rozmaita. Skóry wycina się tyle, aby odcięta, pozostawiała powierzchnię gładką bez zmarszczek.

Cała sztuka polega na tem, aby oddzielić tylko przednią (dolną) część skóry, podczas gdy tylna (górna) służyć ma jako punkt oparcia, do którego przyszywa się część dolną. W przeciwnym razie cały efekt operacji byłby chybiony. Górna część bowiem jest zrośnięta z powięzią skroniową i jest nieruchoma, ona musi stanowić punkt oparcia.

Pamiętać należy, że przed operacją trzeba zatkać watą zewnętrzny przewód słuchowy, aby się tam płyn nie dostał.

Znieczulenie — zawsze miejscowe — $^1/_2$%-wa nowokaina z dodaniem 1 kropli adrenaliny na 5 cntm. roztworu. W okolicy powiek należy wstrzykiwać samą tylko nowokainę i to do warstw powierzchownych.

Cięcie musi być tak zrobione, by je można łatwo przykryć włosami, nie wyżej jednak linji granicznej włosów na skroni, gdyż zbyt wysoko zrobione utrudniałoby ewentualny późniejszy powtórny zabieg. U kobiet robi się je na odległości 2-3 milimetrów od przyczepu małżowiny usznej, u mężczyzn na nieco dalszym dystansie, gdyż, po ściągnięciu odseparowanej skóry, włosy brody zachodziłyby zbyt daleko w tył, aż do małżowiny usznej, co przeszkadzałoby w goleniu. Dla usunięcia fałdy między policzkiem a podbródkiem t. j. t. zw. zwieszających się policzków, występujących jako odznaka starzenia się rysów, trzeba wyciąć niekiedy skórę pod małżowiną uszną i z tyłu na wyrostku sutkowym.

Zbyt nisko natomiast zrobione cięcie, chybiłoby również celu — nie byłoby stałego punktu oparcia, a ponadto blizna byłaby zbyt widoczna.

Ostrożność przy operacji polega na tem, by oddzielić tylko skórę wraz z częścią tkanki tłuszczowej podskórnej. Gdy tylko natrafimy na przeszkodę, na utrudnienie w uwalnianiu skóry — jest to dowód, że znajdujemy się w zbytniej głębokości, grożącej przecięciem gałązek nerwu twarzowego. Możemy posunąć cięcie wdół, aż do podbródka, aż do mięśnia podskórnego szyi, ku przodowi, aż do przedniej części żwacza i do mięśnia policzkowego. Fałdy nosowo-wargowe nie zawsze dają się usunąć tą drogą i trzeba niekiedy uciec się tu do przeszczepienia tkanki tłuszczowej





Fig. II. Usunięcie zmarszczek szyi, złagodzenie fałd kątów ust i nadanie ładniejszego owalu twarzy drogą usunięcia skóry na skroniach i wyrostkach sutkowych.

z pośladków. Naturalnie baczyć należy, by osiągnąć zupełną symetrję obydwu policzków, choć wprawdzie już normalnie istnieje pewna asymetrja obydwu stron.

Powięź szyje się mocnym catgutem, skórę najlepiej cienkim fil de Florence, który pozwala na silne ściągnięcie skóry, drobne dystanse można zeszywać cienkim jedwabiem. Igły wkłuwa się tuż przy brzegach skóry, wystarczają węzły pojedyncze tak pierwszy, jak i drugi. Przed zaszyciem skóry krwawienie musi być zatamowane. Szwy zdejmuje się na 6-9 dzień. Wystarcza opatrunek plastrowy po nałożeniu gazy, który jeszcze silniej ściąga skórę; bardziej pewne jest jednak ponadto obandażowanie.

Podkreślić należy pewne poniekąd niespodzianki dla niewtajemniczonych w szczegóły tego zabiegu. Ponieważ napięcie skóry musi być znaczne, trzeba się bowiem liczyć z rozciągliwością następową skóry, powstaje po zabiegu w okolicy skóry powiek często skośne ich ułożenie na podobieństwo oczu japońskich; również małżowiny uszne zostają wskutek podniesienia skóry zniekształcone. Lecz tu występuje vis medicatrix naturae i po kilku-kilkunastu dniach zniekształcenie to znika i wszystko wraca znowu do normy.

Drugim powikłaniem mogą być bliznowce, ale tych tworzenia się nigdy zgóry przewidzieć nie można. Operowałem taką, pokrytą bliznowcami twarz po operacjach, wykonywanych najprzód przez jednego ze znanych polskich chirurgów, a później u tej samej osoby przez słynnego specjalistę paryskiego. Wyciąłem, o ile trzeba było, bliznowce, usunąłem zmarszczki, i rany tym razem zagoiły się bez wytwarzenia bliznowców.

Z powikłań zdarza się jeszcze zapalenie spojówek i powiek, które wkrótce znika, jak znika i obrzęk powiek, wywołujący niekiedy prawie zupełne zamknięcie oczu. Bywają również wybroczyny, przeciągające się niekiedy do trzech tygodni. Wybroczyny są tym rzadsze, im mniej się używa adrenaliny do znieczulenia miejscowego.

W pierwszych czasach po operacji, należy przyjmować pokarmy tylko płynne, nie śmiać się i wogóle zachować spokój twarzy, aby przez ruchy mimiczne szwy się nie rozeszły.

Zabieg usunięcia zmarszczek twarzy należy do zabiegów dających zadowolenie ze sztuki lekarskiej zarówno lekarzowi, jak i operowanym.

Leczenie Rhinits acuta

PODAŁ
EMIL LUDWIK WISCHNOWITZER,
(Kraków).

Sprawa chorobowa Rhinitis acuta jest jednostką nozologiczną, w której powstaniu odgrywa rolę z jednej strony infekcja, z drugiej stan odpornościowy ustroju.

Infekcja zarazkami najrozmaitszemi, jednak niespecyficznemi, od widzialnych z pneumokokami na czele przez Streptococci, Micrococcus catharralis, Staphylococci, bact. influenzae i in. aż do niewidzialnych zarazków Kruzego (aphanozoa) i Docheza. Zakażenie to może się przenosić w sposób najrozmaitszy czy to rozpyleniem kropelek przy kichaniu, czy przez chusteczkę, pocałunek i t. p.

Stan odpornościowy osłabiony najrozmaitszymi czynnikaml z t. zw. „przeziębieniem" na czele, powodującem zmiany krążenia w błonie śluzowej nosa, łuszczeniem się nabłonka więc razem lepsze warunki dla wniknięcia zarazków w warstwy głębsze. Czy i w ten sposób nie powstaje u niektórych osobników przez zmniejszenie odporności miejscowej Rhinitis acuta po działaniu par kwasu octowego, amoniaku, SO_2, HCl, gazów azotowych i t. p. umożliwiających działanie infekcji jest rzeczą nierozstrzygniętą.

Odrębną grupę stanowią katary na tle idiosynkrazji z katarem siennym i katarem z Ipecacuanhy na czele, gdzie chodzi o zmiany naczynioruchowe i wydzielnicze.

Inną znów grupę tworzą katary nosa jako część schorzenia rozległego z grypą pandemiczną i z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych w pierwszym rzędzie oraz in. jak odra, kiła, nosacizna.

T. zw. katary nosa pospolite, które prawie wszyscy kilka razy w rok przechodzimy zwłaszcza w jesieni, o które mi tu głównie chodzi, powstają jak już wspomniałem powyżej albo nieuchwytnie, czyli z przeziębienia, albo też z zakażenia się od kogoś dotkniętego katarem. Czy jednak w danym przypadku mamy do czynienia z rzeczywistą „heteroinfekcją": przedostaniem się zjadliwych zarazków od kogoś, czy też jedynie tylko z autoinfekcją t. zn. że zarazki, znajdujące się na błonie śluzowej nosa danego osobnika, sprowadziły Rhinitis acuta, korzystając z jego zmniejszonej odporności, która powstała wskutek analogicznych czynników, jak u osobnika, mającego być źródłem infekcji, oto jest kwestja. Zbierając możemy słusznie o etjologji Rhinitis acuta powiedzieć słowami Aretaiosa z Kappadokji że „prawdziwą przyczynę znają tylko bogowie, prawdopodobną jednak i ludzie.

O b r a z k l i n i c z n y R h i n i t i s a c u t a powszechnie znany przytoczę jedynie w skróceniu punktami ze względu na ważność w ocenie wyników leczenia.

Czas trwania 3-5 dni i dłużej.

Z objawów subjektywnych:

1. Kichanie.
2. Uczucie upośledzonej drożności przeważnie z jednej strony i to zmiennej.
3. Wydzielina śluzowowodnista, niejednokrotnie z domieszką krwi.
4. Bardzo często objawem najwcześniejszym jest pieczenie w gardle i podniebieniu, które uchwycone i wyzyskane w djagnozie pozwala przy zastosowaniu niżej omówionego leczenia niedopuścić do rozwoju choroby.
5. Mowa nosowa.
6. Ucisk w okolicy nasady nosa i nad oczodołami, spowodowany utrudnionym odpływem z zatok czołowych i komórek sitowych wskutek obrzęku śluzówki.
7. Światłowstręt, łzawienie.
8. Dreszczyki, brak energji do pracy.

Z objawów objektywnych:

1. Obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowej.
2. Zwiększenie wydzieliny.
3. Ciepłota podwyższona.

L e c z e n i e.

W leczeniu Rhinitis acuta mamy olbrzymią ilość środków, których ogrom świadczy o małej skuteczności. A laicy i nawet lekarze są zdania, że katar musi sam przejść, że żaden środek niepomoże.

W sposobach leczniczych możemy wyróżnić działające ogólnie i miejscowo.

Z ogólnie działających stosuje się środki napotne, (salicylaty, herbatki napotne, ciepłe kąpiele), jod, Omnadynę czy Panodynę, Yatren-Casein i in., oraz naświetlania.

Z miejscowych pendzlowanie lub spray 1% roztworu kokainy z adrenaliną lub 1% kw. borowy z dodatkiem gliceryny w stosunku 5,00 na 95,00 wody oraz 0,10% kokainy, dalej środki fabryczne jak „Forman", wkraplanie zwłaszcza preparatów srebrowych (Cryptargol i in.), oraz inhalacje. Różne proszki i jak mieszanina mentholu z kokainą i Natrium biboracicum, Sozojodol, i t. p.

Ocenę tych środków podałem powyżej, co do jodu nie ulega wątpliwości, że w małych dawkach w niektórych przypadkach i to zastosowany tylko w początku daje wynik. W późniejszym okresie, a również u niektórych wrażliwych chorych sprowadza pogorszenie.

Środka więc skutecznego, który potrafiłby działać na objawy Rhinitis acuta na jej szczycie nie mieliśmy dotychczas.

Leczenie, o którem chcę właśnie donieść, jest stosowanie ephetoniny. Spostrzeżenie moje dotyczą 57 przypadków Rhinitis acuta. Zdaję sobie sprawę, że ilość ta jest znikoma, zwłaszcza jeśli chodzi o tak częstą i tak pod względem leczniczym kapryśną sprawę chorobową. Ze względu jednak na wynik leczniczy oraz by umożliwić przeprowadzenie kontroli na wielkim materjale — co jest rzeczą możliwą jedynie tylko przez próbę stosowania tego środka przez wielu kolegów lekarzy, podaję moje wyniki do wiadomości ogółu lekarzy.

Spostrzeżenia moje wywodzą się od autoobserwacji. Gdy w jesieni 1933 r. nabawiłem się kataru z tak silnem kichaniem, wydzielaniem i światłowstrętem, że zmuszony byłem pracę zupełnie zaprzestać, wtedy nauczony poprzedniemi doświadczeniami o lichem działaniu środków innych zastosowałem dla próby, zresztą bez przekonania, Ephetoninę w postaci proszku:

Ephetonini 0,01
Sacchari albi 0,30
D. T. d. N. VI.

S. Co 3h 1 proszek aż do wyniku.

W 15 minut po zażyciu pierwszej dawki zdawałem się być przekonany, o ujemnem działaniu, gdyż nasilenie kichania i wydzielania zwiększyły się. W 40 jednak minut zmniejszył się znacznie światłowstręt i wydzielanie. W 2h ustało prawie zupełnie kichanie. W 1h po zażyciu proszku drugiego mogłem podjąć normalną pracę, miałem jedynie tylko „lekki" katar z mową nosową, zatkanie przytem ustąpiło. Na drugi dzień wydzielina minimalna płynna i nieznacznie zaznaczona mowa nosowa, na 3-ci dzień wróciłem zupełnie do zdrowia. Czas więc trwania sprawy analogiczny jak bez leczenia, tylko objawy zmniejszone do minimum.

Podobnie rzecz się miała z osobniczemi urozmaiceniami w innych przypadkach. Mianowicie w 57 przypadkach Rhinitis acuta obserwowanych u 53 osobników w tem 7 lekarzy miałem 55 wyników dodatnich, 2 ujemne. Te dwa ujemne miały jednak swoje specjalne piętno.

Nie obliczam naturalnie odsetków, jak się to przeważnie praktykuje, choć się ma nawet do czynienia tylko z „9-ciu przypadkami, gdyż jest to grubym błędem statystycznym. Odsetki możemy obliczać mając minimum 100 przypadków.

Poniżej podaję kilka przypadków:

1. Dr. S. K. lekarz, katar z typowemi objawami, trwający już 20h z bardzo silnym światłowstrętem i chemosą spojówek wraz z lakrymacją. W 2h po zażyciu pierwszej dawki ephetoniny znaczna poprawa, po 24h nieznaczna wydzielina płynna, objawy z narządu wzrokowego zupełnie ustąpiły.

2. Dr. S. lekarz, katar od 5 godzin w 20' po zażyciu Ephetoniny pewna ulga po 3h znaczna poprawa, na drugi dzień jak sam stwierdza zupełnie zdrów.

3. L. S, przebywający w klinice chirurgicznej z powodu Ostitis infectiosa chron. w 1h po zażyciu Ephetoniny ulga, w 40h jedynie resztki.

4. Dr. E. S. lekarz, katar nosa z bardzo wydatną mową nosową, po 1½ znaczne zmniejszenie objawów, po 48h tylko nieznaczna mowa nosowa, bez innych objawów, stosował równocześnie przepłukiwanie nosa roztw. soli kuchennej.

5. Dr. J. B. lekarz, b. silny katar z ustawicznem kichaniem z b. obfitą wydzieliną, światłowstręt. Sprawa trwa już 19h. W 2h po zażyciu na wewnątrz ½ ampułki Ephetoniny znaczna ulga, w 12h zupełny powrót do zdrowia, równocześnie leżał w łóżku i zażył 1 tabletkę aspiryny.

Ogólną cechą wszystkich wyników dodatnich jest szybkie bo już od ½ do 1½h po zażyciu pierwszej dawki, występujące zmniejszenie objawów, zwłaszcza najbardziej dokuczliwych z światłowstrętem i wydzielaniem w pierwszej linji. Utrzymuje się nieznacznie mowa nosowa i b. skąpa wydzielina, przeważnie płynna. Ta płynna wydzielina jest dosyć charakterystyczna w odróżnieniu od kataru nieleczonego Ephet., gdzie w miarę toczenia się sprawy wydzielina staje się gęstsza oraz zmienia przejrzystość i barwę, tu stale wodnista

jasna nagle znika. W części przypadków występuje w 15-20 h po zażyciu Eph. nieznaczne pogorszenie, które wkrótce ustępuje miejsca znacznej poprawie.

Jak z powyższego wynika jest Ephetonina środkiem bynajmniej nie działającym etiologicznie, ale symptomatycznie. W przypadkach wczesnych skraca jednak wybitnie czas trwania sprawy chorobowej, a przy uchwyceniu okresu najwcześniejszego, z pieczeniem w gardle jako objawem, może wybuch schorzenia powstrzymać.

Co się tyczy dwu przypadków ujemnych, to pierwszy dotyczył lekarza R. cierpiącego na chroniczny katar nosa i spojówek, u którego wystąpiło zaostrzenie objawów; 1h po zażyciu Ephetoniny przyszło do zmniejszenia kichania i wydzielania; zaczerwienienie jednak oczu i łzawienie utrzymuje się a dalsza poprawa nie nastąpiła. Przypadek jest tem znamienny, że dotyczy osobnika dotkniętego chronicznym katarem nosa i spojówek i że chory zażył naraz 0,025 Eph. i że po 3h drugiej dawki nie zażył, ale aż na dzień drugi jednak bez wyniku [1]).

Przypadek drugi: dotyczy mnie. Mianowicie w okresie jednorocznym przechodziłem 3 razy Rhinitis acuta, w pierwszych dwu wynik działania Ephetoniny był b. dobry. Za 3-cim razem mimo zażycia 6-ciu dawek Eph. a 0,01 efekt tak nieznaczny, że nie może wchodzić w rachubę. Jednak cała sprawa tego kataru jest ciekawa, dostałem go na drugi dzień po operacji chorej z Mastitis chronica, chora ta po zdjęciu jej maski Ombredanne'a zaczęła kichać raz po razu niezwykle intenzywnie i często (co było unikatem dla znajdujących się na sali operacyjnej licznych lekarzy, łączących ten objaw z wpływem eteru). W 48h po operacji nabawił się kataru również sam operator. Inni obecni pozostali zdrowi. U mnie Ephetenina nie działała, nasilenie zwłaszcza wydzielanie było tak silne, że chusteczki od noca dosłownie odjąć nie mogłem. Kolega operator, u którego nasilenie sprawy było podobne, nie zażył efetoniny, a naświetlał się lampą kwarcową również bez wyniku. Otóż ulegliśmy zakażeniu, od chorej, która, jak się okazało, już dwa dni przed operacją miała objawy kataru, które wkrótce po operacji ustąpiły najprawdopodobniej.

Różny u nas okres inkubacji tłumaczy się różną odpornością. Ja wyzdrowiałem po 5 dniach, kolega po II/2 tygodnia. Nie jest wykluczone ze względu na czas trwania i niektóre inne objawy, koncepcja, iż chodziło o zakażenie corynebacterjum dyphteriae.

Objawy uboczne przy stosowaniu Efetoniny obserwowałem w 2 przypadkach: w przypadku podanym powyżej pod 3. w 1/2 h po zażyciu Eph. wystąpiło jak się wyraża ów lekarz „ogólne przytłumienie" utrzymuje się przez 2h. Drugi przypadek to lekarz R., powyżej cytowany, który miał wogóle wybitne objawy stygmatyzacji wegetatywnej z przewagą sympatykotonji. U niego w 20 minut po zażyciu Eph. wystąpiło kilka chwil się trzymające uczucie gorąca w kończynach, podobnie jak występuje po wlewaniach dożylnych soli wapna. Są więc te objawy minimalne i rzadkie. Nie potrzebuję dodawać, że we wszelkich stanach połączonych z nadciśnieniem wskazana jest ostrożność.

S t r e s z c z e n i e: Jak wykazują moje spostrzeżenia jest Ephetonina b. dobrym lekiem w Rhinitis acuta o działaniu symptomatycznem.

[1]) W czasie już pisania tej pracy zawiadomił mnie, że w kilka dni miał znów zaostrzenie b. silne, które po zastosowaniu Eph. w 12h doskonale się cofnęło. Przypadek ten należy więc raczej do niepewnych.

PIŚMIENNICTWO:

Baurowicz: Schorzenia górnych dróg oddechowych. — Chajutin I. M. Z. Hals- usw. Heilk. 136,3 (1933). — Hedderich L: Arch. Ohr. usw. Heilk. 33,429 (1933). — Mohr-Staehelin: Handbuch der Inn. Medizin. Poulton: The Lancet 5679.— Sagols H. J.:w Nr. 7 (1932). Zange: Med. Welt. Nr. 50 (1932).

Gazy bojowe[1]).

(Streszczenie poglądowe).

Zatrucia czyli tak zwane zagazowania chemicznemi środkami bojowemi — ich obraz kliniczny i leczenie. (Les gaz de combat — étude clinique des lésions dues aux gaz toxiques; thérapeutique des intoxications). Moynier. (Paris Medical Nr. 13, marzec 1935).

Bojowe środki chemiczne dzieli się — ze względu na przewagę w ich działaniu na ustrój tego czy innego czynnika fizjopatologicznego — na środki duszące (jak chlor), parzące (jak iperyt), trujące (jak cjanowodór) i drażniące (lakrymatory, sternity). Środki duszące, słabo naogół rozpuszczalne w lipoidach, działają na tkanki żywe zabójczo i szybko, ale powierzchownie (głównie na nabłonek dróg oddechowych). Środki parzące również działają na tkanki zabójczo, ale ponieważ są rozpuszczalne w lipoidach znacznie lepiej od poprzednich, więc działanie ich, naogół powolne, sięga wgłąb tkanek. Środki trujące nie są, ściśle biorąc, zabójcze dla komórek, gdyż nie wchodzą z niemi w połączenia chemiczne, — działanie tych środków jest raczej odurzające, analogicznie do środków znieczulających. Środki drażniące działają jedynie na niektóre tkanki i zakończenia nerwowe (spojówki oczu, śluzówka górnych dróg oddechowych); działanie to jest pobudzające.

I. ŚRODKI DUSZĄCE.

Najbardziej typowemi przedstawicielami tej grupy środków są: chlor i fosgen. Wywierają one swoje niszczące działanie głównie i w pierwszym rzędzie na drogi oddechowe, w których w następstwie tego działania rozwija się stopniowo: zastój żylny, obrzęk tkanki płucnej, wypełnienie pęcherzyków i oskrzelików płynem surowiczokrwawym, niedomoga prawego serca i ogólnego krążenia żylnego i, wreszcie, zamartwica (asphyxia) wskutek „zalania“ dróg oddechowych płynem przesiękowym, lub śmierć wskutek porażenia serca. Do powyższych mogą dołączyć się zmiany zapalne w płucach — jako ich powikłania wskutek wtórnego zakażenia.

Zależnie od stężenia środka duszącego we wdychanem powietrzu lub od okresu czasu, w czasie którego zagazowany znajdował się w atmosferze tego środka, przebieg kliniczny zatrucia może być: piorunujący, ciężki lub lekki.

1) *Przebieg piorunujący* — śmierć występuje tutaj natychmiast (wskutek odruchowego zatrzymania oddechu lub porażenia serca), bądź też w kilka minut (piorunujący obrzęk płuc i następowe zaduszenie).

2) *Przebieg ciężki.* Rozróżniamy tutaj: okres wstępnego podrażnienia dróg oddechowych, okres pozornej poprawy i okres właściwych zmian chorobowych. Okres wstępny cechuje się silnem podrażnieniem górnych dróg oddechowych, uczuciem duszenia się, gwałtownym kaszlem i znacznem ogólnem osłabieniem mięśniowem. Okres pozornej poprawy trwa od kilku do kilkudziesięciu godzin i cechuje się mniej lub więcej zupełnem ustąpieniem objawów wstępnego podrażnienia; przechodzi on (zwykle po jakimś wysiłku fizycznym lub ochłodzeniu ciała) w okres końcowy — okres obrzęku płuc. W tym ostatnim na pierwszy plan obrazu klinicznego wysuwają się: sinica i wybitna duszność wdechowa — z odpluwaniem dużych ilości płynu surowiczokrwawego, pienistego; tętno 120—140 na minutę, parcie krwi — niskie, stolec — zaparty, czasami wymioty, z reguły — wybitne osłabienie mięśniowe i depresja psychiczna. W razie powstania powikłań zakaźno-zapalnych ze strony płuc, występuje silny ból miejscowy i gorączka, a plwocina przyjmuje wygląd rdzawy.

Okres ozdrowienia trwa bardzo długo i cechuje się zwolnieniem tętna do 40 — 30 na minutę, stałem osłabieniem mięśniowem

---

[1]) Wobec szczególnej wagi poruszonego tematu w związku z przeszkalaniem lekarzy w ramach O. P. G. L. — podajemy powyższe streszczenie, oparte na najnowszych pracach francuskich.

i skłonnością do nawrotów duszności przy niewielkich nawet wysiłkach fizycznych.

3) *Przebieg lekki.* Objawy kliniczne ograniczają się tutaj do początkowego zahamowania oddechu, napadów kaszlu, osłabienia, utrudnienia w połykaniu i bólów w okolicy pozamostkowej; tętno — zwolnione, do 30 na minutę. Wszystkie te objawy w ciągu paru dni znikają całkowicie i trwale.

Późne następstwa zagazowania środkami duszącemi. W postaciach łagodnych sprowadzają się do nawrotów nieżytu tchawicy i oskrzeli, z napadami silnego kaszlu, po wszelkich przeziębieniach, katarach nosa i t. p. W postaciach cięższych — z czasem, rozwija się rozedma i marskość płuc, rozstrzeń oskrzeli i trwała niedomoga serca (prawego).

Leczenie zagazowanych środkami duszącemi. W okresie wstępnego podrażnienia — wystarczy usunąć zagazowanego z atmosfery zagazowanej (transport, maska, zmiana ubrania).

W okresie II, pozornej poprawy — należy zapewnić k a ż d e m u zagazowanemu w pierwszym rzędzie z u p e ł n y s p o k ó j f i z y c z n y (dla zmniejszenia do minimum zapotrzebowania przez chory organizm na tlen); zagazowanemu środkami duszącemi niewolno jest chodzić a nawet siadać w łóżku, bez względu na jego dobre, ewent., samopoczucie. Dieta — ścisła, płynna w ciągu pierwszych 24—48 godzin. W celu odbarczenia krążenia płucnego i prawego serca wykonuje się u p u s t k r w i (500 — 700 cm³) — żylny lub tętniczy; upust ten powinien być wykonany jak najwcześniej, a następnie w miarę potrzeby — musi być powtarzany. W celu zwalczania objawów zamartwicy jako następstwa głodu tlenowego, podaje się zagazowanemu t l e n z a p a r a t u l e c z n i c z e g o.

W okresie III, okresie rozwiniętego obrzęku płuc, poza środkami wyżej opisanemi — podaje się ś r o d k i n a s e r c o w e (koramina), środki u s p a k a j ą c e (sedobrol, allonal, weronal) i leczy się ewentualne powikłania zakaźne (bronchopneumonia). Zagazowany powinien przebywać w sali dobrze ogrzanej i przewietrzanej, powietrze w niej musi być dostatecznie wilgotne.

Reasumując wyżej powiedziane, leczenie zagazowanych środkami duszącemi sprowadza się do: *spokoju, upustu krwi, podawania tlenu i podawania środków nasercowych.*

Bezwzględnie *przeciwskazanemi* są w tych przypadkach: a) *podawanie adrenaliny* (zwiększającej obrzęk płuc) i *morfiny* (zmniejszającej pobudliwość ośrodka oddechowego), b) *stosowanie sztucznego oddychania* (które może spowodować rozdarcie kruchej tkanki płucnej — z następowym krwotokiem lub odmą), c) *dodawanie do wdychanego tlenu — CO_2* (zbędnego tutaj i nawet szkodliwego).

II. ŚRODKI PARZĄCE.

Jak już wspomniano wyżej, działają one zabójczo (nekrotyzująco) na żywą tkankę, przyczem działanie to jest powolne, ale sięga za to daleko w głąb tkanek. Przedstawicielami tej grupy są: i p e r y t (siarczek dwuchloroetylu, gaz musztardowy = = żółty krzyż) i l u i z y t (arsina = organiczny związek 3-wartościowego arsenu).

A. *Iperyt* — najbardziej „wydajny“ ze wszystkich gazów bojowych, gdyż np. w 1918 r. 75% wszystkich zagazowanych żołnierzy koalicyjnych było dotkniętych iperytem. Poraża on powłoki zewnętrzne ciała i powłoki wewnętrzne (drogi oddechowe, pokarmowe, spojówki oczu). Cechuje się w i e l k ą t r w a ł o ś c i ą (ziemia i przedmioty, zroszone iperytem, zachowują swoje własności parzące tygodniami) i s k r y t o ś c i ą d z i a ł a n i a (pierwsze objawy kliniczne występują dopiero w kilka godzin po zagazowaniu). Iperyt przenika z łatwością przez ubranie, obuwie i t. p.; chronią przed nim tylko specjalne spreparowane tkaniny.

O b j a w y k l i n i c z n e.

O c z y. W 3 — 4 godziny po działaniu par iperytu występuje ból kłujący w okolicy gałek ocznych i światłowstręt, następnie, obrzęk tkanki okołogałkowej, powiek, spojówek, silne ich przekrwienie, obfite łzawienie i skurcz powiek; począwszy od 2 — 3 dnia, objawy te zaczynają powoli ustępować i w ciągu 3 tygodni następuje zupełne wyleczenie (z wyjątkiem przypadków szczególnie ciężkich).

D r o g i o d d e c h o w e. W przypadkach lekkich objawy ograniczają się do uczucia palenia w gardle, chrypki —

która może nasilić się do bezgłosu, i suchego kaszlu. W przypadkach ciężkich rozwija się obraz kliniczny błoniczego zapalenia śluzówki oskrzeli i oskrzelików, z wydzielaniem dużych błon rzekomych (odlewy oskrzeli), — przechodzący następnie w odoskrzelowe zapalenie płuc, ewent. w ropień lub zgorzel płuc (zwykle śmiertelne) — jako wyraz wtórnego zakażenia.

D r o g i p o k a r m o w e i m o c z o w e. Objawy sprowadzają się do wymiotów początkowych, bólu w nadbrzuszu, biegunki, obecności białka i wałeczków w moczu.

S t a n o g ó l n y — zaznaczają się tu w sposób charakterystyczny: senność, osłabienie mięśniowe, zupełny brak apetytu, gorączka, częste tętno i szybko powstające znaczne wychudzenie.

S k ó r a. Skóra jest tym narządem, w którym iperyt daje zmiany najbardiej charakterystyczne. Są to: r u m i eń i p ę c h e r z p o d n a s k ó r k o w y s u r o w i c z y. W 6 — 12 godzin po zadziałaniu na skórę par iperytu lub w 3 — 7 godzin po zadziałaniu iperytu in substantia powstaje w skórze zaczerwienienie ograniczone, lekko wyniosłe, o granicach niezbyt ostrych (jak w oparzeniu od gorąca lub promieni słonecznych). Zaczerwienienie to bądźto ustępuje w ciągu 24—48 godzin i pozostawia brunatne przebarwienie skóry, bądź też — jeśli bodziec chorobowy był silniejszy — przechodzi w pęcherz podnaskórkowy, wypełniony przezroczystym płynem surowiczym. Pęcherze mogą powstawać i bez uprzedniego okresu rumieniowego. Wypełniający je płyn surowiczy (o ile nie nastąpi zakażenie) zostaje po pewnym czasie wessany i na miejscu pęcherza powstaje strup, pod którym naskórek odradza się całkowicie. W razie wtórnego zakażenia, powstaje długo niegojące się, głębokie owrzodzenie.

Wyżej opisane zmiany poiperytowe powstają najczęściej w tych odcinkach skóry, które posiadają dużo gruczołów potowych i łojowych (rowki międzypalcowe, zgięcie łokciowe, narządy płciowe, okolica odbytu); znacznie rzadziej powstają na owłosionej części głowy, na dłoniach i podeszwach. Murzyni mają skórę naogół bardzo mało wrażliwą na działanie iperytu.

L e c z e n i e z a i p e r y t o w a n y c h.

Dzieli się ono na: 1) „odiperytowanie" czyli zapobiegawcze usunięcie lub zniszczenie tego iperytu, który wszedł w kontakt z ciałem chorego, i 2) leczenie już powstałych wskutek zadziałania iperytu zmian chorobowych.

O d k a ż e n i e z a i p e r y t o w a n y c h ma na celu niedopuszczenie do powstania u nich zmian chorobowych i polega na ich rozebraniu, przyczem ubranie i obuwie powinno być izolowane jako zakażone, usunięciu z powierzchni skóry (bibułą lub watą hygroskopijną) widocznych plam iperytowych, natarcie podejrzanych o skażenie odcinków skóry suchem wapnem chlorowanem [1]) i, nakoniec, zastosowaniu ciepłej kąpieli ogólnej z mydłem (pod natryskiem); kąpiel tę może zastąpić zmycie dokładne skóry roztworem Dakina. Oczy, usta, gardło i nos, należy przemyć roztworem nadmanganjanu potasu 0,5 g na 1000 cm³, roztworu fizjolog., lub roztw. wodnym sody 2,25%. Odkażania dokonuje personel, zaopatrzony w ubrania przeciwiperytowe i maski.

N i e n a l e ż y: s t o s o w a ć m a ś c i t ł u s t y c h (ułatwiających przenikanie wgłąb iperytu), n a k ł a d a ć z b y t c i a s n o o p a t r u n e k (ucisk na skórę sprzyja powstaniu pęcherzy), n a k ł a d a ć o p a t r u n e k w i l g o t n y n a p o w i e k i, s t o s o w a ć n a s k ó r ę p a p k ę z w a p n a c h l o r o w a n e g o (działającą żrąco) i p u d r o w a ć s p o j ó w k i o c z u s u c h e m w a p n e m c h l o r o w a n e m.

W ł a ś c i w e l e c z e n i e p o w s t a ł y c h j u ż z m i a n p o i p e r y t o w y c h.

Oczy: przemywać roztworem nadmanganianu potasu 0,5 na 1000; wkraplać roztw. kokainy z adrenaliną.

Skóra: w okresie rumienia — pasty (z tlenkiem tytanu, perkainą), w okresie pęcherza — chronić go przed wtórnem zakażeniem (nie otwierać pęcherza, opatrunek obojętny), a jeśli to już nastąpiło — stosować przemywanie owrzodzenia wodą utlenioną, opatr. z pasty perkainowej, naświetlania słońcem i nagrzewania gorącem powietrzem. Nie należy stosować na skórę past drażniących i kwasu pikrynowego, oraz przysypek na owrzodzenia.

---

[1]) Chloraktin — L. Nasierowski.

Drogi oddechowe: łagodzenie kaszlu (kodeina, dionina), wziewania, izolowanie od chorych na zakaźne choroby płucne.

Przewód pokarmowy: na owrzodzenia w jamie ustnej i gardzieli — roztw. błękitu metylenowego z kokainą, na bóle żołądkowe — roztwór wodny sody doustnie. Na ogólne podniecenie psychiczne: roztwór sody doustnie lub doodbytniczo.

B. *Luizyt.* Jego działanie chorobotwórcze, spowodowane przezeń objawy kliniczne i sposoby leczenia — są zupełnie analogiczne do tychże w przebiegu zaiperytowania. Jedynie tylko okres „wylęgania" jest krótszy, objawy kliniczne są bardziej nasilone, powstałym zmianom towarzyszy zawsze obfite ropienie (pęcherze są z reguły ropne) i silny ból, okres gojenia się trwa dłużej, niż po iperycie. W przeciwieństwie do tego ostatniego, po oddychaniu parami luizytu już w parę minut odczuwa się palenie w gardle, kaszel i ślinienie. Taksamo po zakażeniu skóry luizytem już po kilku minutach odczuwa się charakterystyczny ból piekący.

Analogicznie zupełnie do zaiperytowanych, każdego zagazowanego luizytem — dopóki nie zostanie odpowiednio odkażony — należy uważać za niebezpieczne dla otoczenia źródło zakażenia innych.

III. ŚRODKI TRUJĄCE.

Działanie środków trujących polega na zahamowaniu pewnych ważnych dla życia ustroju czynności komórek jak np. utleniania (kwas pruski), lub przenoszenia za pośrednictwem krwinek czerwonych tlenu z płuc do innych tkanek (tlenek węgla). Miejscowo t. j. w miejscu przeniknięcia do ustroju, środki trujące nie dają zmian chorobowych — w przeciwieństwie do środków duszących i parzących.

A. *Kwas pruski czyli cjanowodór* (HCN), wstrzymuje wzgl. poraża procesy utleniania w komórkach żywych, co prowadzi w pierwszym rzędzie do porażenia ważnych dla życia ustroju ośrodków nerwowych (oddechowego, n. błędnego). Przenika do organizmu z otaczającego go powietrza — przez płuca, w których zmian chorobowych nie pozostawia.

P i o r u n u j ą c a p o s t a ć k l i n i c z n a z a t r u c i a k w a s e m p r u s k i m (przy dużem stężeniu HCN w powietrzu) — zagazowany pada martwy po pierwszym wdechu, po krótkim okresie drgawek i po oddaniu bezwolnem stolca i moczu.

P o s t a ć c i ę ż k a — początkowo oddech jest przyśpieszony, zagazowany odczuwa bicie serca, wymiotuje, chwieje się na nogach i pada (źrenice rozszerzone); następnie, oddechy stają się rzadsze, zagazowany oddaje stolec i mocz, występują drgawki i, wreszcie, oddech ustaje zupełnie, jakkolwiek serce jeszcze jakiś czas bije.

P o s t a ć l e k k a — pierwotna utrata przytomności trwa krótko, ale przez następnych kilka godzin utrzymują się bóle głowy i zawroty; potem wszystko wraca do normy.

W przypadkach śmiertelnych, krew i narządy wewnętrzne długo zachowują po śmierci jasnoczerwoną barwę; płuca — wydają zapach gorzkich migdałów.

L e c z e n i e z a t r u c i a k w a s e m p r u s k i m — sprowadza się do natychmiastowego usunięcia zagazowanego z trującej atmosfery, zapewnienie mu zupełnego spokoju fizycznego (w celu zmniejszenia zapotrzebowania ze strony tkanek na tlen), ogrzewania zagazowanego, stosowania sztucznego oddychania wraz z podawaniem tlenu z 5% domieszką dwutlenkuwęgla (tutaj — w przeciwieństwie do zatrucia gazem duszącym — CO_2 jest bardzo wskazany), wstrzykiwania eteru i kofeiny.

B. *Tlenek węgla (CO) czyli czad* (tworzy się w dużych ilościach przy spalaniu się substancyj wybuchowych) — nie posiada żadnego zapachu i dlatego działanie swoje rozwija skrycie. Łącząc się w sposób trwały z hemoglobiną krwinek czerwonych, czyni je niezdolnemi do transportowania tlenu z płuc do tkanek. Ulega w ten sposób zahamowaniu oddychanie wewnętrzne tkanek i powstaje zamartwica (asfiksja) wewnętrzna.

P o s t a ć z a t r u c i a p i o r u n u j ą c a — śmierć następuje tak szybko i niespodzianie, że zagazowani zachowują po śmierci pozycję, odpowiadającą wykonywanym ostatnio za życia czynnościom.

P o s t a ć c i ę ż k a — cechuje się bólem głowy, zawrotami, szumem u uszach, zataczaniem się, wymiotami, bezwolnem oddaniem stolca i moczu, drgawkami i wreszcie, śpiączką, po której przychodzi śmierć. W razie odratowania — śpiączka przechodzi w okres podniecenia i zamrocze-

nia, przypominający do złudzenia upojenie alkoholowe; po tym okresie następuje okres apatji i otępienia, z zaburzeniami pamięci i uporczywemi bólami głowy.

Postać lekka — przypomina zupełnie stan mniej lub więcej umiarkowanego odurzenia alkoholowego; przechodzi następnie w głęboki sen.

Postać przewlekłego zatrucia — cechuje się bólami głowy, szumem w uszach, brakiem apetytu, biegunkami, wychudzeniem i dusznością wysiłkową.

Zmarli wskutek zatrucia tlenkiem węgla zachowają żywoczerwoną barwę krwi i skóry (jak w zatruciu HCN).

Leczenie zatrutych CO polega na: natychmiastowem usunięciu z zatrutej atmosfery, zapewnienia spokoju fizycznego, ogrzewaniu zagazowanego, podawaniu tlenu z 5% domieszką CO_2, ewent. ze stosowaniem sztucznego oddychania, środków nasercowych (koramina), upuście krwi (w stanach niebieskiej zamartwicy). Oddech sztuczny należy stosować długi czas, nawet jeśli nie stwierdza się poprawy w stanie zagazowanego. Po ożywieniu zagazowanego, grozi mu duże niebezpieczeństwo następowych zakaźnych powikłań płucnych.

IV. ŚRODKI DRAŻNIĄCE.

Działają one drażniąco na zakończenia nerwów czuciowych spojówki oczu i górnych dróg oddechowych (nos, gardło, krtań, tchawica) — powodując powstanie uczucia bólu i odpowiednich odruchów (kichanie, kaszel, łzawienie). Działanie to występuje bezpośrednio po zadziałaniu środka drażniącego i ogranicza się do zaburzeń jedynie czynnościowych — bez zmian anatomicznych.

A. *Lakrymatory* (chloropikryna, bromek benzylu i inne), działają głównie na spojówki oczu, powodując ból kłujący i piekący, obfite łzawienie i skurcz powiek, czasami (przy zatruciu chloropikryną) przyłączają się wymioty. Po usunięciu zagazowanego z atmosfery działania lakrymatorów wszystkie objawy podrażnienia szybko mijają i bez śladu. Niektóre, jednakże, lakrymatory w silnem stężeniu działają jak środki duszące.

Leczenie zagazowanych lakrymatorami — sprowadza się do przemycia spojówek ciepłym roztworem 2,2% sody, ewent. z następowem zakraplaniem roztworu kokainy z adrenaliną Nie wolno smarować brzegów powiek tłustemi maściami, które utrwalają na skórze cząsteczki lakrymatora (zwłaszcza bromku benzylu).

B. *Sternity* (są to arsiny, pokrewne chemicznie luizytowi) — ich cząsteczki „przebijają" zwykły pochłaniacz maski gazowej; chroni przed niemi jedynie pochłaniacz ze specjalnym filtrem mechanicznym. Sternity działają głównie na śluzówkę nosa, gardła i tchawicy, powodując kurczowe kichanie, kaszel, wyciek obfity z nosa, ślinienie i uczucie silnego, palącego bólu w gardle i tchawicy. Do osiągnięcia tego skutku wystarcza już bardzo niewielkie stężenie środka w powietrzu wdychanem (1 mg na 1 m³).

Większe stężenia sternitów mogą wywołać obrzęk płuc i zapalenie skóry, z powstaniem bolesnych pęcherzy w okolicy łoża paznokciowego.

Po usunięciu zagazowanego z atmosfery sternitów wszystkie objawy ustępują bez śladu, pozostaje tylko przez pewien czas ból głowy i senność.

Leczenie zagazowanych sternitami. Należy usunąć w pierwszym rzędzie ubranie zagazowanych (na którem osiadają liczne cząsteczki sternitów), a tych ostatnich — wykąpać; następnie, podaje się do wziewania mieszaninę: alkohol 80,0 + aether 10,0 + chloroform. 10,0 + liq. ammonii. gtt. V. Na podrażnienie skóry — zmywanie jej 0,2% roztw. nadmanganianu potasu, wodą utlenioną, przypudrowanie wapnem chlorowanem. Oczy — przemywa się roztw. nadmanganianu potasu.

Należy pamiętać o tem, że żywność i woda, zagazowane sternitami, są niezdatne do spożycia nawet po przegotowaniu, gdyż zawierają cząstki arsenu.

V. OGÓLNY SCHEMAT RATOWNICTWA PRZECIWGAZOWEGO.

A. *Pomoc doraźna:* natychmiastowe unieruchomienie zagazowanego (zupełny spokój fizyczny), nałożenie mu maski gazowej (o ile powietrze zawiera gaz), w razie zagazowania sternitami — podanie do wziewania mieszanki alkoholowo - etero - chloroformowej, w razie obecności na skórze plam parzących (iperyt, luizyt) ze-

branie ich bibułą i posypanie tych miejsc suchem wapnem chlorowanem, w razie zagazowania oczu — przemycie ich 0,05% roztw. nadmanganianu potasu, w przypadku skażenia ubrania lub obuwia płynem parzącym lub przesiąknięcia ich stężonemi parami (lub sternitem) — zdjęcie ubrania i jego izolowanie; zagazowanych należy transportować w pozycji leżącej, środkami transportowemi ogrzanemi i dobrze wentylowanemi (środki transportowe, po każdorazowem użyciu do przewożenia zagazowanych substancjami parzącemi, należy odkazić). Stosowanie sztucznego oddechu dozwolone jest tylko w przypadkach zamartwicy (asfiksji).

B. *Pierwsze zabiegi lecznicze* (na punktach ratowniczych). U zagazowanych środkami parzącemi: usunięcie ubrania, odkażenie powłok (skóra, spojówki), ciepła kąpiel z mydłem; nie wolno stosować tłustych maści na skórę!

U zagazowanych środkami duszącemi: upust krwi, podawanie tlenu, leki nasercowe.

U zagazowanych środkami trującemi: podawanie tlenu, z ewentualną domieszką CO_2.

U zagazowanych środkami drażniącemi: maści do nosa, krople do oczu.

C. *Leczenie właściwe* (w szpitalu). U zagazowanych środkami duszącemi — podawanie tlenu, upusty krwi i leki nasercowe.

U zagazowanych środkami parzącemi — leczenie obrażeń skórnych i ocznych.

Zasady obrony przeciwgazowej indywidualnej. (Les bases de la protection contre les gaz de combat). Renaut. Paris Medical Nr. 15, kwiecień 1935).

Podstawowemi elementami indywidualnej obrony przeciwgazowej są: 1) maska przeciwgazowa i 2) izolacyjny aparat tlenowy.

I. *Maska przeciwgazowa* jest — w przeciwieństwie do izolującego aparatu tlenowego — przyrządem filtrującym, który z przechodzącego przezeń powietrza wychwytuje i wiąże cząstki bojowych środków chemicznych, uniemożliwiając w ten sposób ich przenikanie do płuc i wogóle do organizmu. Rolę filtra w masce gra pochłaniacz, którego istotną częścią składową jest węgiel aktywowanw, to jest węgiel, posiadający — dzięki odpowiedniej przeróbce — ogromną zdolność wiązania (adsorbcji) płynów w stanie pary i cząstek tych gazów, których temperatura krytyczna jest powyżej temperatury normalnej (to jest, które w temperaturze normalnej mogą być w stanie ciekłym). Owa zdolność adsorbcyjna jest związana ze specjalną budową wewnętrzną tego węgla, a mianowicie, z olbrzymią jego porowatością, która sprawia, że wewnętrzna powierzchnia (kanałów) ziarenka węgla aktywowanego jest 1000 razy większa od powierzchni jego zewnętrznej; stopień zaś absorbcji zależy od wielkości powierzchni adsorbcyjnej. Węgiel ten nie pochłania, jednak, z jednej strony — gazów o niskiej t° krytycznej (gazów właściwych) jak CO, CO_2, N i inne, z drugiej zaś — zawiesin o znacznej wielkości cząsteczek jak dymy bojowe i sternity.

Główne części składowe maski gazowej: a) maska właściwa (zrobiona z kilku warstw nieprzepuszczalnego dla gazów materjału), b) urządzenie, uszczelniające maskę w miejscach zetknięcia z głową, i umocowanie taśmowe, c) okulary (ze szkła lub celofanu), d) wentyl wdechowy, e) wentyl wydechowy, f) pochłaniacz, umocowany w gniazdku maski. Dobrze zbudowana maska powinna odpowiadać następującym wymaganiom: 1) stwarzać jaknajmniejszy opór przy oddychaniu (dotyczy to głównie pochłaniacza), 2) nie uciskać głowy w miejscu przylegania maski, 3) dawać dostatecznie duże pole widzenia, 4) zapewnić dobrą wentylację swego wnętrza (nie dopuszczać do zbierania się pary na wewnętrznej powierzchni maski i do wzrostu temperatury wewnątrz maski), i 5) posiadać jaknajmniejszą t. zw. „martwą przestrzeń“ (odpowiadającą zalegającej części powietrza).

Jak zaznaczono wyżej, zwykły pochłaniacz węglowy chroni przed tlenkiem węgla i sternitami i dlatego wymaga pewnego uzupełnienia. Pochłaniacz przeciwko CO zawiera ziarenka hopkalitu (mieszaniny tlenków metali), który działa tutaj jako katalizator, przetwarzający CO w CO_2. Dla ochrony przeciwko sternitom i dymom bojowym służy umieszczenie w pochłaniaczu węglowym warstwy filcu lub

innego materjału, odgrywającego rolę filtra mechanicznego.

Czas zużycia pochłaniacza wynosi przeciętnie koło 12 godzin i zależy od: rodzaju gazu, jego stężenia w powietrzu, forsowności wykonywanych oddechów (rodzaju wykonywanej pracy) i stopnia wilgotności powietrza (duża wilgotność zmniejsza chłonność pochłaniacza). Naogół pochłaniacz wchłania ilość gazu do 40% wagi zawartego w pochłaniaczu węgla. Przy zbyt dużych stężeniach gazu lub zbyt gwałtownych oddechach gaz może „przeskoczyć" (to jest dostać się do płuc) nawet przez zupełnie sprawny pochłaniacz.

II. *Izolacyjny aparat tlenowy* składa się z: butli z tlenem, 1—2 worków na tlen, rur oddechowych, maski (ustnika ze ściskaczem nosa), manometru, zaworów regulujących i pochłaniacza (pochłaniającego wodę i CO_2). Normalnie aparat ten daje 1½ litra tlenu na minutę; oddycha się tutaj powietrzem, zawierającem koło 30% czystego tlenu.

Aparat tlenowy ma tę przewagę nad maską przeciwgazową, że uniezależnia danego osobnika całkowicie od składu chemicznego otaczającej go atmosfery; jego wadami są: stosunkowo krótki czas użytkowy (ograniczony zapas tlenu w butli), ciężar i dość wysoka cena.

III. W przypadkach użycia w czasie napadu gazowego, środków parzących (iperyt), obok maski gazowej należy się uzbroić (jeśli chodzi np. o akcję ratowniczą w miejscach skażonych lub w stosunku do osób skażonych) również i o u b r a n i e o c h r o n n e t. j. kombinezon, kaptur, rękawice i buty; ubranie to jest zrobione z bawełnianej tkaniny, przesyconej specjalnym impregnatem i nieprzenikliwej dla iperytu w stanie ciekłym w ciągu 10 godzin. Czas przebywania w ubraniu ochronnem — ze względu na upośledzenie oddychania skórnego — jest ograniczony (koło 1 godziny — w ciepłej porze roku i koło 3 godzin — w chłodnej porze).

Zasady obrony przeciwgazowej zbiorowej. (La protection collective des populations contre les gaz). D u b r i s a y. (Paris Medical Nr. 15, kwiecień 1935).

Do stosowania zbiorowej obrony przeciwgazowej ludzi, zwierząt i materjałów służą: pomieszczenia uszczelnione i schrony przeciwgazowe.

I. P o m i e s z c z e n i e u s z c z e l n i o n e — jest to zwykłe pomieszczenie mieszkalne, piwnica, skład lub t. p., w których wszelkie otwory zewnętrzne (okna, drzwi, kanały wentylacyjne, drzwiczki pieców) muszą być dokładnie uszczelnione (suknem, gumą, skórą). Przebywający w takiem pomieszczeniu korzystają tylko z powietrza tam zawartego. Podczas napadu gazowego wchodzić ani wychodzić z pomieszczenia uszczelnionego nie można. Pojemność pomieszczenia dla pewnej liczby ludzi tak powinna być dobrana, aby na każdego człowieka wypadło 2 m^3 powietrza na godzinę. Ważnem jest tutaj również usuwanie z powietrza wytwarzanego CO_2, gdyż nie przekraczanie maksymalnego stężenia CO_2 w powietrzu wdechanem jest ważniejsze od zapewnienia dostatecznej ilości tlenu.

II. S c h r o n p r z e c i w g a z o w y — posiada, poza urządzeniami uszczelniającemi: 1) urządzenie wentylacyjne, 2) wejście, przygotowane do wchodzenia i wychodzenia ze schronu w czasie trwania alarmu gazowego, 3) specjalne urządzenia do odkażania przyrządów ratowniczych, a ewent. i leczniczych.

U r z ą d z e n i e w e n t y l a c y j n e polega na zainstalowaniu wentylatora o napędzie ręcznym, który powietrze czerpane zapomocą rury doprowadzającej będzie tłoczył do schronu poprzez pochłaniacz ziemny lub węglowy. Niezależnie od tego ostatniego, musi być w schronie przyrząd do pochłaniania wydychanego przez przebywających w schronie dwutlenku węgla i pary wodnej. Tego rodzaju wentylacja tłocząca pozwala na utrzymanie w schronie pewnego nadciśnienia, które będzie działało jakby uszczelniająco, gdyż nie dopuści do przenikania poprzez szczeliny zzewnątrz powietrza zagazowanego.

U r z ą d z e n i e w e j ś c i o w e składa się z 1—2 przedsionków i odpowiedniej liczby drzwi (wzgl. zasłony); w przedsionku powinna być wycieraczka w postaci skrzynki z wapnem chlorow. i wodą ciepłą z mydłem do mycia.

W czasie wojny wszystkie szpitale powinny być zasadniczo urządzone jako schrony z wentylacją o napędzie elektrycznym.

I. Czyżewska.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Parathyroidectomia i gościec przewlekły. (Parathyroidectomia et rhumatisme chronique). Berard Thiers et Henry.

Presse Médicale, 1935.

Usunięcie przytarczyczek jako metoda lecznicza gośćca stawowego wskazane jest dopiero wtedy, gdy zawiodą inne metody lecznicze. Z badań biochemicznych odosobnione podwyższenie wapnia we krwi nie posiada znaczenia, jeżeli nie towarzyszy mu obniżenie poziomu fosforu, miarodajny jest bowiem tylko zmieniony wzajemny stosunek obu tych ciał do siebie. Spostrzeżenia pooperacyjne autorów wskazują również, że wysoki poziom wapnia we krwi nie daje jeszcze pewności poprawy po zabiegu. Z postaci klinicznych szczególnie korzystne wyniki po usunięciu przytarczyczek dają zmiany gośćcowe kręgosłupa, a także przypadki przewlekłego, niegorączkowego, ustabilizowanego gośćca wielostawowego. Zabieg nie jest wskazany w ostrym okresie choroby Chauffard-Still'a, względnie wskazany gdy choroba się uspokoiła. Wskazania do zabiegu opierają się raczej na danych klinicznych, badania chemiczne i zdjęcia radjologiczne nie mają równego znaczenia. Najczęstszym, następstwem zabiegu jest znaczne zmniejszenie bólów, większa ruchomość stawów, czasami ta poprawa jest nad wyraz szybka i efektowna, często jednakże (50%) zabieg pozostaje bez wyniku, choć nie szkodzi chorym. Poprawa utrzymuje się dość długo, jednakże autorzy zwracają uwagę że i po zabiegu nie powinno się zeniedbywać leczenia, szczególnie stosowania złota i wapnia w tych przypadkach, gdzie środki te zdawały się mieć działanie korzystne.

Znaczenie operacji wydawało się wątpliwe odkąd stwierdzono, że poprawa występowała i w tych przypadkach, w których po zbadaniu tkanki, usuniętej okazało się, że nie zawierała przytarczyczek. Tłomaczono sobie korzystny wpływ, zabiegu jego działaniem w rodzaju sympatektomji okołotętniczej, następczem rozszerzeniem naczyń i nadczynnością tarczycy. Ta ostatnia ma być istotną przyczyną poprawy. Autorzy odrzucają to tłumaczenie, choćby dlatego że u swoich chorych otrzymali istotną poprawę właśnie w tych przypadkach, gdzie jedna lub dwie przytarczyczki były usunięte.

Autorzy odrzucają także przypuszczenie, że przyczyną cierpień stawowych są zmiany przytarczyczek. Usunięte przytarczyczki miały naogół budowę prawidłową. We krwi chorych nie znajduje się również stale najważniejszego znaku nadczynności przytarczyczek t. j. podwyższenia poziomu wapnia z obniżeniem poziomu fosforu, wreszcie wyniki zabiegu były niezależne od poziomu wapnia we krwi.

Opierając się na tem, że nie przytarczyczki są przyczyną choroby reumatycznej, ale że ich usunięcie może spowodować poprawę, dochodzą autorzy do wniosku, że przytarczyczki działają za pośrednictwem układu wegetatywnego, którego równowaga jest zachwiana z powodu zmian anatomicznych, powstałych na tle choroby reumatycznej. Zdawna stwierdzano już, że liczne objawy wegetatywne towarzyszą gośćcowi, widoczne choćby ze zmian skóry i paznokci. Parathyroidectomia wpływa bardzo wyraźnie na układ wegetatywny. Przemawiają za tem krzywe oscylograficzne, przytoczone przez autorów, które wykazują wyraźne zmniejszenie oscylacji w tętnicach ramienia po zabiegu. Ten ostatni działa jednak nietylko na objawy naczynioruchowe, ale zmniejsza również wrażliwość na chłód, skłonność do potów, poprawia napięcie mięśni, wreszcie usuwa także zmiany troficzne.

Usunięcie przytarczyczek nie jest leczeniem przyczynowem, ale objawowem, działającem za pośrednictwem układu wegetatywnego; nie jest wykluczone takie, że wydzielina przytarczyczek reguluje wzajemny stosunek. Na do K/Ca i do Mg.

Badanie czynnościowe oddychania za pomocą oddychania wzmożonego w przestrzeni zamkniętej. (L'exploration fonctionelle de la respiration par la méthode d'hyperpnée provoquée en éspace clos). Du Pasquier.

Presse Medicale, Nr. 36, 1935.

Procesy oddechowe są jak wiadomo regulowane przez nietylko ośrodek oddechowy w rdzeniu przedłożonym, ale jeszcze przez ośrodki, znajdujące się w sąsiedztwie łuku tętnicy głównej. Na ten ostatni ośrodek ma wpływ nietylko poziom Co_2 i O_2 krwi, ale także wysokość ciśnienia tętniczego. Wrażliwość ośrodków oddechowych jest zmienna i nawet u poszczególnych jednostek wykazuje wahania, zależnie od stanu zdrowia, krążenia i od stanu nerwowego.

Zbadanie czułości odruchów, regulujących czynności układu oddechowego w stanie fizjologicznym i w stanach patologicznych, można wykonać w warunkach wymagających pewnego wysiłku oddechowego. Takiego wysiłku wymaga oddychanie do aparatu Goiffona, składającego się z zamkniętego worka, do którego badany oddycha przez usta, mając nos zamknięty, przyczem aparat zapisuje automatycznie ruchy oddechowe. Stopniowo występujący brak tlenu i nagromadzenie się kwasu węglowego wpływa na powiększenie amplitudy i częstości wahań oddechowych. Najwyższy poziom tych wahań oddechowych nazwał Goiffon odruchową pojemnością życiową, gdyż odpowiada ona maksymalnej wartości oddechowej t. j. ilości powietrza, które ustrój zmobilizował odruchowo, niezależnie od woli, podczas gdy zwykła pojemność życiowa płuc jest wartością będącą następstwem dowolnego maksymalnego wydechu.

Badanie zaczyna się określeniem dowolnej pojemności życiowej płuc, poczem przy oddychaniu do aparatu krzywa ruchów oddechowych po-

cząstkowo nieco nieregularna pod wpływem woli i uwagi normuje się, i powoli ruchy oddechowe przyśpieszają się i powiększają. Najwyższy poziom wahań krzywej odpowiada odruchowej pojemności życiowej. Ta ostatnia jest wartością względnie stałą, wykazującą dla tego samego człowieka i w tych samych warunkach pewną stałą wysokość, która u przeciętnie normalnego człowieka wynosi 2800 cm^3. Wysokość ta zmienia się jednak w warunkach patologicznych, wahania jej mogą dać wtedy cenne wskazówki dla różnicowania i rozpoznania. Szczególnie cenne jest porównanie pojemności życiowej dowolnej i odruchowej. Pierwsza jest miarą elastyczności tkanki płucnej i ruchomości klatki piersiowej, pokazuje jaką objętość powietrza ma ustrój w razie potrzeby do swej dyspozycji; druga wskazuje jaką objętość powietrza może ustrój zmobilizować odruchowo. U człowieka zdrowego stosunek między pojemnością życiową a pojemnością odruchową waha się w zależności od wyćwiczenia oddechowego od 60 — 80 na 100. Można mówić o niewystarczalności oddechowej, gdy stosunek ten odpada poniżej 50 na 100. W przypadkach rozedmy płuc, zrostów, etc. pojemność życiowa płuc jest zawsze wyraźnie zmniejszona, jeżeli jednak stosunek jej do pojemności odruchowej jest prawidłowy wskazuje to, że ustrój w miarę możności pracuje prawidłowo, choć aparat oddechowy jest zmieniony. Wychowanie oddechowe w tym przypadku nie może dać większych wyników. Jeżeli jednak przy dobrej pojemności życiowej pojemność odruchowa jest mała, wynosi zaledwie 1100 cm. (25 na 100) oznacza to, że ustrój źle zużytkowuje zdrowy aparat oddechowy i w tym przypadku niewystarczalności oddechowej można oczekiwać poprawy od wychowania oddechowego. Poprawa ta zaznaczy się na krzywej, powiększeniem pojemności życiowej, odruchowej. W przypadkach dychawicy oskrzelowej stwierdził autor, że pojemność życiowa dowolna, jest prawidłowa, natomiast odruchowa wyraźnie zmniejszona. Krzywa potwierdziła tu twierdzenia różnych autorów o niewystarczalności oddechowej chorych astmatycznych u których powstaje ona prawdopodobnie z powodu zmian wrażliwości ośrodków, albo odruchów oddechowych, wtórnie hamujących rozpiętość wdechu.

Próba oddychania w przestrzeni zamkniętej posiada wiele zalet, jest łatwa do wykonania, stwarza dla ośrodków oddechowych pobudki fizjologiczne, podobne do powstających przy pracy mięśniowej, nie angażując narządu krążenia, wreszcie pozwala ocenić rozpiętość odruchów, regulujących czynności oddechowe. Jest ona dla narządu oddechowego podobną próbą czynnościową jak dla narządu krążenia, badanie zachowania się tętna i ciśnienia krwi po ruchu.

Bezpośredni poposiłkowy zespół naczynioruchowy. (Le syndrôme immediat-crise vaso-motrice postprandiale). C a r r i é.
Révue de Medecine, Nr. 4, 1935.

Autor opisuje zespół objawów, występujących w końcu posiłków albo natychmiast po nich. Objawy te dzieli na objawy żołądkowe i pozażołądkowe. Występuje uczucie wzdęcia, często nie dające się jednak stwierdzić objektywnie, ale odczuwane tylko przez chorego,, zaczerwienienie twarzy, uczucie senności. Dołącza się nieraz do tego bicie serca, czasami skurcze dodatkowe, a także uczucie utrudnienia oddychania. Wszystkie te dolegliwości trwają około 15 — 60 minut, poczem znikają całkowicie. Mogą one występować równocześnie, czasami jednak występują tylko niektóre z nich, przyczem raz występują więcej dolegliwości żołądkowe, innym razem sercowe. Etjologja tego zespołu może być bardzo różna, przyczyna tkwi nieraz w cierpieniach żołądka, wątroby, pęcherzyka żółciowego, narządu krążenia, czasami jednak żadnej przyczyny znaleźć nie można. Naogół opisany zespół jest niezależny od zasadniczej sprawy chorobowej t. zn. że jej pogorszenia czy poprawy nie wpływają nań wyraźnie z wyjątkiem może zaparcia przewlekłego, gdyż z poprawą tego ostatniego poprawia się opisany zespół i odwrotnie. Wyraźniejszy wpływ ma rodzaj odżywiania i jakość pokarmów; zespół występuje bowiem po posiłkach obfitych szczególnie w tłuszcze; u innych osób jednak nie tłuszcze odgrywają rolę szkodliwą, ale przyprawy: pieprz, ocet, musztarda, u innych jeszcze alkohol. Naogół wszystkie poprawy drażniące wpływają wyraźnie na wystąpienie zespołu, nawet kawa, którą chorzy spożywają żeby się otrzeźwić, może wywołać objaw senności. U innych chorych nie można znaleźć żadnej przyczyny objawów. Istotą opisanego zespołu jest zaburzenie równowagi układu wegetatywnego, przeważnie jego współczulnej odnogi, przemawiają za tem objawy ze strony serca. Możliwe, że senność spowodowana jest zaburzeniami krążenia w mózgu. Według jednych autorów przyczyną zaburzeń wegetatywnych jest sam akt trawienny, który pobudzając czynności układu wegetatywnego wywołuje odpowiedź burzliwą i przenoszącą się na szersze, pozatrawienne tory. Stan taki jest objawem nadmiernej pobudliwości układu wegetatywnego. Dla innych autorów zespół poposiłkowy jest wyrazem niedomogi wątroby następstwem choc'u peptonowego w związku z przejściem do ogólnego krążenia ciał białkowych, nie zatrzymanych przez wątrobę z powodu jej niewydolności. Dodatni wynik leczenia peptonem potwierdzałby to przypuszczenie, jednakże proteiny nie zdają się być jedyną przyczyną zespołu, gdyż różne pokarmy mogą go wyzwolić, a jeżeli zaburzenia czynności wątroby miałyby być istotną przyczyną cierpienia to w każdym razie musiałyby to być zaburzenia natury ogólniejszej, odnoszącej się nietylko do przemiany białkowej. Istotnie chorzy ci często mają dolegliwości ze strony wątroby. Wreszcie niektórzy autorzy twierdzą, że zespół ma być wyrazem wstrząsu anafilaktycznego, uczulenia w stosunku do pewnych pokarmów.

Postępowanie lecznicze jest podwójne: humoralne i uspakajające układ wegetatywny. Pierwsze w postaci podawania peptonu 45 — 60 minut przed jedzeniem ma czasami wyniki bardzo korzystne. Jednakże mechanizm działania peptonu zdaje się być odmiennym od zwykłego, gdyż jeżeli chorzy, nie spożywając peptonu, przed jedzeniem wypiją choćby filiżankę herbaty ma to również wpływ korzystny. Autor w początku każdego posiłku daje eserinę z małemi dawkami bromu. Leczenie dziesięciodniowe naogół uspakaja dolegliwości na czas dłuższy. Ciekawe jest spostrzeżenie, że u niektórych chorych brom usuwając opisane dolegliwości usuwa także i senność, a kawa tą ostatnią wywołuje. Dobrze działają także po-

łączenia valeriany z małemi dawkami preparatów barbiturowych. Z diety należy wykluczyć tłuszcze szczególnie smażone, wspomniane przyprawy, alkohol, kawę, jednakże przy odpowiedniem leczeniu i te produkty są w końcu dobrze znoszone. Nie można naturalnie zapominać o leczeniu towarzyszących cierpień.

Ukryte zapalenie pęcherzyka żółciowego a colibacilloża. (Cholecystites masquées et colibacillose). J a c q u e t e t T h i e f f r y.
Presse Médicale, Nr. 31, 1935.

Zapalenie pęcherzyka żółciowego przebiega często niepostrzeżenie w ciągu zakażenia pałeczkami okrężnicy. Wykryć go można tylko za pomocą sondowania dwunastnicy gdy badanie tetrajodem często zawodzi, zaś badanie rentgenologiczne daje wyraźne wyniki (przesunięcie na prawo oddźwiernika, nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, złe wypełnianie opuszki dwunastnicy) tylko w przypadkach dłużej trwających stanów zapalnych. W tych warunkach duże znaczenie posiada dokładne obmacywanie całego prawego podżebrza tak w położeniu leżącem, jak i siedzącem. Objawy ze strony woreczka są często przykryte przez opadnięcie trzew, stany zapalne okrężnicy, objawy ze strony kątnicy lub wyrostka robaczkowego. Naogół nie stwierdza się także ani gorączki, ani stanu podżółtaczkowego, ani bólu promieniującego do prawej łopatki. Chorzy skarżą się na nieokreślone bóle żołądkowe, niesmak w ustach, nudności, nie znoszą szczególnie pewnych potraw, sosów, czekolady, jaj, u kobiet miesiączka jest zwykle bardzo obfita. Bóle występują naogół w okolicy kręgosłupa między łopatkami, bolesny jest splot słoneczny, częste jest zapalenie okrężnicy. Poprawę otrzymuje się w tych stanach przez stosowanie nie drażniących środków żłciopędnych, (oliwa, siarczan magnezji), wyleczenie następuje po sondowaniu dwunastnicy z wlewaniem siarczanu magnezji i doustnem lub dożylnem stosowaniem urotropiny. Autorzy stwierdzali bardzo często ukryte zapalenia pęcherzyka żółciowego w przebiegu różnych cierpień, wywołanych zakażeniem pałeczkami okrężnicy. Naogół gdy z jakichkolwiekbądź przyczyn budzi się zapalenie n. p. pęcherza, towarzyszy mu wtedy i ożywienie dolegliwości ze strony pęcherzyka. Obok wyrostka robaczkowego jest pęcherzyk żółciowy najczęstszym siedliskiem zakażenia pałeczkami okrężnicy. Świadomość tego jest bardzo ważna, gdyż zajęcie woreczka żółciowego podtrzymuje zakażenie w ustroju. Wyleczenie pęcherzyka żółciowego łączy się i jest równoznaczne z wyleczeniem colibacillozy. Ciekawe jest, że przy bakterjurji wywołanej pałeczkami okrężnicy, urotropina często nie daje żadnego wyniku, natomiast gdy bakterjuria jest połączona z zapaleniem pęcherzyka żółciowego urotropina działa na jedno i na drugie.

Nowe badania nad bromem krwi. (Nouvelles recherches sur le brome sanguin). U r e c h i a e t R e t e z e a n u.
Presse Médicale, Nr. 35, 1935.

Autorzy omawiając badania bromu we krwi u chorych z cierpieniami psychicznemi, a także i w przebiegu innych chorób stwierdzili, że poziom bromu we krwi zmniejsza się tylko w przebiegu psychozy maniakalno depresywnej. Dolna granica normalnego poziomu bromu we krwi wynosi według autorów 7 miligr. na 1000. W drugiej serji badań określali autorzy zachowanie się poziomu bromu po wstrzyknięciach różnych ciał. Po wstrzyknięciu prolanu (100 — 200/jednostek, Dialu (XL kropli), neosalwarsanu (0.6), poziom bromu się nie zmienił. Podobnie nie wykazywał on żadnych wahań w czasie ataku zimnicy, w przebiegu choroby Basedowa, choroby surowiczej, a dalej po wstrzyknięciu folliculiny, thyroxiny, parathyreidyny. Kuranami Teikichi stwierdził na podstawie badań klinicznych i w doświadczeniach zwierzęcych, że poziom bromu we krwi wykazuje pewne wahania w związku z wydzielaniem gruczołów dokrewnych. Poziom bromu waha się w okresach miesiączki, powiększa się podczas karmienia. Brom znajduje się we krwi pępowiny w mniejszem stężeniu, niż we krwi matki, ale w większem, niż u dorosłego człowieka. Poziom bromu ma być powiększony w przebiegu choroby Basedowa i cukrzycy, zmniejszony przy wolu. U psów wstrzyknięcie tyroksyny i adrenaliny powiększa, podczas gdy insulina lub płat tylny przysadki mózgowej obniża poziom bromu. Kastracja powiększa poziom bromu, który dopiero po 4 — 8 dni po zabiegu wraca do stanu prawidłowego. Wyciągi jajników zmniejszają, przedni płat przysadki powiększa poziom bromu we krwi co wskazuje na antagonizm między przednim płatem przysadki a jajnikami. Atropina i adrenalina powiększają, pilokarpina zmniejsza brom krwi.

Autorzy nie mogli potwierdzić badań uczonego japońskiego, gdyż własne ich badania nad działaniem insuliny, follikuliny i thyroxiny istotnych wahań w zachowaniu się bromu nie wykazały.

Toksyczne zapalenie pęcherzyka żółciowego. (Les cholecystites chroniques). F i e s s i n g e r e t A l b e a u x - F e r n e t.
Presse Médicale, Nr. 27, 1935.

Autorzy zwrócili uwagę, że u zwierząt doświadczalnych, które otrzymywały różne środki, występowały nieraz objawy zapalenia pęcherzyka żółciowego. Ponieważ nietylko, że różne ciała wydzielają się w żółci, ale żółć zostaje stężona w pęcherzyku żółciowym, mogą niektóre z ciał wydzielanych z żółcią mieć działanie szkodliwe. Wydzielanie arszeniku jest w żółci dziesięć razy silniejsze, niż w przewodzie pokarmowym, w żółci wydzielają się sole złota, rtęć i bizmut, różne barwiki, toksyny zarazków i toksyny roślinne. Stężenie tych ciał w żółci, ich oddziaływanie na ściany pęcherzyka żółciowego, którego nabłonki odznaczają się szczególną delikatnością i wrażliwością, tłomaczy ich działanie szkodliwe.

Autorzy stosują u zwierząt tetrajodfenolftaleinę, syntalinę, i inne środki stwierdzili histologicznie uszkodzenia ściany pęcherzyka żółciowego. Równocześnie stwierdzano także uszkodzenia komórek wątrobowych, wywołane przejściem tego samego ciała szkodliwego, które spowodowało zmiany ściany pęcherzyka żółciowego.

Autorzy przytaczają szereg spostrzeżeń klinicznych w których po tetrajodfenolftaleinie, po zatruciach preparatami barbiturowemi, występowały objawy ze strony pęcherzyka żółciowego, bóle w prawem podżebrzu, promieniujące do pra-

wej łopatki, nudności, powiększenie i bolesność wątroby. Zaburzenia ze strony pęcherzyka żółciowego mogą wystąpić i na tle zatrucia endogenicznego w przebiegu dny, cukrzycy, ciąży i t. d. Odróżnienie i rozpoznanie zmian toksycznych pęcherzyka żółciowego jest w klinice dość trudne, nabiera ono pewności gdy objawy ze strony pęcherzyka występują w następstwie zatruć środkami pochodzącemi z zewnątrz.

CHIRURGJA.

Zasady leczenia chirurgicznego, zamkniętej gruźlicy kostnej. (Les bases du traitement chirurgical de la tuberculose osseuse fermée). René Le Fort.

Bulletin de la Société belge d'Orthopédie. Octobre 1934.

„Szarą jest teorja" „Praktyka tworzy mistrza" — te dwa przysłowia niemieckie można zastosować do wyników pracy powyższej Le Fort'a profesora uniwersytetu w Lille, członka Francuskiej Akademji Lekarskiej. Albowiem z pracy tej, opartej na 30-letniej praktyce chirurgicznej autora, wynika, że, wbrew panującym poglądom, skuteczne leczenie operacyjne zamkniętej gruźlicy kostnej nie wymaga całkowitego, lecz tylko częściowego usunięcia części chorych. 1) Resekcja kolana, ograniczona do wycięcia skrawków piszczeli i uda; bez wyłuszczenia radykalnego części chorych, dała mu zupełne wyleczenie w 97% przypadków — zarówno w postaciach suchych przy eburnizacji kości, jak i w postaciach silnego jej odwapnienia.

2) W operacji Aibee'go skraca Lefort czas unieruchomienia i leżenia w łóżku do 3 miesięcy, w przeciwieństwie do innych chirurgów, trzymających chorych takich w łóżku rok lub nawet dwa lata. W końcu 4-go miesiąca pozwala on chorym tym chodzić bez aparatu. Praktyka wykazała nadzwyczajną tolerancję kości, acz chorej, względem kości przeszczepionej.

3) Pomimo jaknajlepszej techniki nie daje się niekiedy uniknąć otwarcia ogniska prątkowego w artrodezie stawu biodrowego. Ponieważ nawet w tych wypadkach następuje zupełne wyleczenie, zaczął autor stosować tu zamiast artrodezy zewnątrzstawowej — przeszczepianie mieszane, a nawet wewnątrzstawowe, zawsze z pomyślnym wynikiem. Pomimo, że przeszczepiona kość przechodzi przez ognisko gruźlicze, jest ona dobrze przez ustrój znoszona. A zatem, również jak w operacji Albee'go nie samo tylko unieruchomienie odgrywa tu rolę.

Jako potwierdzenie wyników swoich powołuje się Le Fort na Robertson-Lavalle'a, który w gruźlicy kostnej stosuje przeszczepianie kości w bezpośrednim sąsiedztwie z chorem ogniskiem, bez unieruchomienia części chorych, i na Tavernier'a który dowiódł, że równie pomyślne wyniki otrzymać można nawet bez przeszczepiania kości, ograniczając się tylko do przedziurawienia kości.

4) W zapaleniu spojenia krzyżowobiodrowego stosował Le Fort przeszczepienia kości dużej objętości, wyciętej z kości biodrowej, i przytwierdzał przeszczep do kości krzyżowej i biodrowej, po ich odświeżeniu, przyczem w jednych przypadkach otwierał ogniska prątkowe, w innych — nie otwierał ich. Pomimo że zabieg ten jest pozornie (teoretycznie) nielogiczny, bo staw i tak jest tu mało ruchomy, a wynik przeszczepienia jest rzeczą niepewną, wyniki i tu również przeszły wszelkie oczekiwania.

Gdy w jednym z takich przypadków Le Fort usunął przeszczepioną kość po 24 dniach, z powodu zbytniego uwypuklenia się jej nazewnątrz, to okazało się, że zarówno powierzchnia kości przeszczepionej jak i kości, do której przeszczep zastosowano, miały powierzchnię skrwawioną, o wyglądzie sita z równemi otworami na jednakowej od siebie odległości (2 — 3 mm). Przeszczepiona kość połączona była z kością pod nią leżącą dzięki licznym naczyniom krwionośnym, otoczonym złogami wapnia, tworzącymi twardą masę.

Tę sprzeczność faktów z praktyki z dotychczasową doktryną autor tłumaczy w sposób następujący. Kość składa się z dwóch części — z pierwiastka chemicznego wapniowego, dającego kościec i istniejącego długo jeszcze po śmierci osobnika, niejako z kości martwej i 2) z pierwiastka kości żywej, umieszczonej w tym pierwszym i zawierającej komórki kościotwórcze pochodzenia łącznotkankowego i obfitą sieć naczyniową, bez której kość jest tylko bezwładnym minerałem. Otóż, zdaniem autora, całe zło pochodzi stąd, że sieć naczyniowa ściśnięta zostaje, zarówno w gruźlicy, jak i w ostrym zapaleniu szpiku kostnego, przez skorupę kostną, przeszkadzającą rozszerzeniu naczyń, gdy kość próbuje się bronić. To też całe zadanie w leczeniu chirurgicznej gruźlicy polegać musi na tem, by otworzyć drogę dla kości miękiej i nie pozwolić kości twardej ograniczać obronę tej kości miękiej. Z chwilą, gdy minie okres niebezpieczny, mięka kość nabiera możności odtwarzania tkanki pożytecznej, albowiem twarda masa kości hamuje krwiobieg, wywołuje zastój i martwicę niedokrwioną tak, jak to czyni zbyt silnie uciskający aparat.

Z tego wnioskować należy, że zabieg Albee'go działa nietylko dzięki unieruchomieniu, lecz drogą podniecenia miejscowego krwiobiegu dzięki urazowi operacyjnemu, dzięki odblokowaniu uciśniętego szpiku kostnego.

To też w gruźlicy kostnej zamkniętej wystarcza nietylko tunelizacja samego ogniska, lecz nawet samej okolicy ogniska. Należy więc nietylko przeszczepiać kości na miejsca umyślnie wyżłobione, lecz trzeba robić także nacięcia kości, do której się przeszczepia.

W ciągu 30-letniej swej praktyki autor operując w ten sposób miał jeden tylko przypadek śmierci (przez utworzenie się zatoru), żadnych zresztą powikłań w czasie lub po zabiegu.

Sposób operowania, którym się posługuje Le Fort, sprzeczny był z dogmatami dotychczasowych teorji. Lecz teorja nie pierwszy raz ustąpić musi wobec wyników praktyki, co w końcu prowadzi do powstania nowej teorji w miejsce dawnych.

Dodam od siebie, że takich teorji, obalonych przez praktykę, jest dużo nawet we współczesnej medycyne. Leczenie cukrzycy węglowodanami (ryż, owsianka, owoce), stosowanie jodu w chorobie Basedowa, leczenie rozwolnienia surowemi jabłkami, utrzymanie życia pomimo obustronnej odmy piersiowej są tego najlepszemi przykładami.

Dr. Hellin.

Krwiotoczne zapalenie żołądka (Des gastrites hémorragiques). D e l o r e e t G a b r i e l l e.
La Presse Méd. Nr. 41, maj 1935.

Wśród 875 operowanych przypadków z powodu objawów wrzodu żołądka w 75 przypadkach autorzy w czasie operacji obecności wrzodu nie stwierdzili. W 12 z tych ostatnich istniały inne schorzenia jamy brzusznej, jak: kamica żółciowa, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie macicy, jajników lub nerek, jednakże w przypadkach pozostałych poza wyczuwalnemi naciekami zapalnemi i rozszerzeniem naczyń w ściance żołądka innych zmian nie znaleziono. Zmiany zapalne lokalizowały się najczęściej w okolicy odźwiernika, a wzdłuż naczyń wyczuć można było czasami twarde guzki zapalne. Badanie usuniętej w czasie operacji odźwiernikowej części żołądka wykazało znaczne obrzmienie i przekrwienie śluzówki z drobnemi punkcikowatemi lub plackowatemi wybroczynkami. Mikroskopowo znajdowano wszystkie cechy zapalenia wszystkich warstw ściany żołądka.

Podobne spostrzeżenia podawane są również w piśmiennictwie lekarskiem. Przyczyny tego rodzaju zapaleń żołądka nie są dokładnie znane.

Część ich powstaje na tle kiły, gruźlicy, nadużywania alkoholu i te dają się usunąć odpowiedniem leczeniem przyczynowem. Część jednakże posiada nieznaną etjologję.

Autorzy przypuszczają, że zapalenie krwiotoczne żołądka jest pierwszym okresem choroby wrzodowej żołądka i że, w wyniku tego stanu zapalnego powstaje owrzodzenie. Twierdzenie to przeciwstawiają poglądowi, który zmiany zapalne przy wrzodzie uznaje się objawy wtórne. Przyczyną utajonego krwawienia przy wrzodzie żołądka jest najprawdopodobniej rozległe zapalenie śluzówki i krwawienie jej, a krwiotok następuje z przeżarcia ściany naczynia przez wrzód, daje odrazu ciężkie objawy niedokrwistości.

Leczenie tych schorzeń polega na usunięciu schorzałej części żołądka i następnem zespoleniu żołądka z jelitem. Usunięcie namacalnie zmienionej części żołądka nie jest równoznaczne z usunięciem całej krwawiącej powierzchni śluzówki, jednakże znacznie łatwiej jest już opanować krwawienie środkami wewnętrznemi z tkanek mniej stosunkowo zmienionych i na mniejszej przestrzeni.

Autorzy podkreślają, że wczesne rozpoznanie krwiotocznego zapalenia żołądka i wycięcie odźwiernikowej jego części chronią chorego przed powstaniem wrzodu żołądka i nagłym krwiotokiem, który zmusza do operowania w drudnych i niepomyślnych warunkach.

Zaostrzenie procesu chorobowego w przebiegu okołokątniczego zapalenia otrzewnej. (Les épisodes aïgus an couns des peri-iléo-colites). C h i r a y i R o s a n o f f.
La Presse Méd. Nr. 33, kwiecień 1935.

Zapalenie okołokątnicze otrzewnej towarzyszy często zapaleniu przewlekłemu wyrostka robaczkowego, a objawy jego pokrywają się zazwyczaj z objawami wyrostkowemi. Występujące, jednakże, zaostrzenie zapalenia okołokątniczego otrzewnej przypomina czasami swym przebiegiem ostre rozlane zapalenie otrzewnej lub ostrą niedrożność jelitową i naraża chorego na niewskazany w tym przypadku zabieg operacyjny.

Zaostrzenie występuje nagle. Temperatura ciągła lub skacząca przekracza 40°. Występują wymioty, silne bóle brzucha zwłaszcza w okolicy prawego podbrzusza. W przypadkach, przypominających niedrożność, gazy i stolec są częściowo zatrzymane, bębnica brzucha wyraźnie zaznaczona. W przypadkach, zbliżonych objawami do rozlanego zapalenia otrzewnej, występuje niezbyt nasilone napięcie powłok brzusznych. Głębsze obmacywanie w obydwu przypadkach stwierdza obecność niewyraźnych oporów w okolicy kątnicy.

W obydwu odmianach stan ogólny chorego nie odpowiada w zupełności ciężkości objawów miejscowych, gdyż tętno jest dobrze napięte i wypełnione z przyśpieszeniem, odpowiadającem temperaturze.

Badanie krwi wykazuje leukocytozę wielojędrzastą obojętnochłonną. W okresie międzynapadowym badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego wykazuje zmiany w okolicy przykątnicy, zwapnienie i powiększenie gruczołów kreskowych; badanie to decyduje o rozpoznaniu.

Przewlekłe zapalenie okołokątnicze powstać może również jako następstwo zabiegów chirurgicznych w jamie brzusznej, które, zakłócając normalną czynność przewodu pokarmowego, stwarzają pomyślne warunki do zakażenia wewnątrz jelitowego, przedewszystkiem w okolicy kąta krętniczo-kątniczego. Zaostrzenie przebiegu występuje po błędzie djetetycznym, wtórnej operacji uwalnianiu zrostów i t. p.

Leczenie w okresie zaostrzenia ograniczyć się powinno do djety płynnej, podawania łagodnych środków czyszczących i przeciwskurczowych, przyczem wskazania do leczenia operacyjnego sprowadzają się do wyjątkowych tylko przypadków i to możliwie po ustąpieniu objawów ostrych.

Leczenie surowicą zgorzelinowego zapalenia wyrostka robaczkowego i zapalenia otrzewnej. (Lerothérapie de l'appendicite gangreneuse et de la peritonite). W e i n b e r g, L a q u i è r e.
La Presse Méd. Nr. 44, czerwiec, 1935.

Jakkolwiek leczenie operacyjne zgorzelinowego zapalenia wyrostka robaczkowego i wtórnego zapalenia otrzewnej jest obecnie metodą z wyboru, to jednak, śmiertelność pooperacyjna tych przypadków jest znaczna. Przyczyną zejścia śmiertelnego jest w tych przypadkach ogólna posocznica. To też racjonalne i skuteczne jest zastosowanie, już w czasie operacji i zaraz po niej — surowicy, jako środka przeciwko ogólnemu zakażeniu. Autorzy stosują następującą mieszaninę surowic: wielowartościową przeciwzgorzelinową 30 cm^3, przeciw pałeczce okrężnicy — 40 cm^3 i „uzupełniająca" — 10 cm^3. Ta ostatnia składa się z surowicy przeciw paciorkowcom, łańcuszkowcom, wrzecionowatym i t. p. Stosunek ten podlega zmianom w zależności od wyników badania bakterjologicznego wysięku.

Surowicę tę wstrzykują autorzy już w czasie operacji bezpośrednio do jamy otrzewnowej w ilości 60 — 80 cm^3 i domięśniowo w pośladek. Wstrzykiwanie powtarzają codziennie domięśniowo i dootrzewnowo poprzez pozostawiony w jamie brzusznej dren. Zaznaczyć należy, że wstrzykiwanie surowicy choremu uśpionemu nie wywo-

łuje wstrząsu anafilaktycznego nawet u osobnika uczulonego, to też powtórne wstrzyknięcie w dniu następnym musi być wykonane z całą ostrożnością (met. Besredki).

Autorzy podają swoją statystykę wyników pooperacyjnych przed stosowaniem surowicy i z uzupełniającem leczeniem surowicą, w której śmiertelność pooperacyjna znacznie obniżyła się.

To samo stwierdzają statystyki amerykańskie, angielskie i niemieckie.

Dobre i trwałe wyniki leczenia owrzodzeń goleni — odnerwieniem tętnicy udowej wraz z przeszczepieniem naskórka na owrzodzenie. (Résultats èloignés du traitement des ulcères de jambe par les opérations sympathiques combinées aux greffes cutanées, d'après 52 observations). R. Leriche, R. Fontaine, R. Maitre.
Journ. de Chir. Nr. 5, t. 45, maj, 1935.

Przednia powierzchnia goleni jest miejscem najwięcej wystawionem na urazy, a do tego niezbyt obficie ukrwionem, to też ubytki skórne w tej okolicy przechodzą często w oporne na leczenie owrzodzenia. Autorzy rozróżniają, w zależności od przyczyny, kilka następujących typów owrzodzeń: 1) pourazowe, 2) pooparzeniowe, 3) kiłowe, 4) żylakowe, 5) zakrzepowe, 6) o nieznanej przyczynie. Leczenie tych owrzodzeń powinno być prowadzone z uwzględnieniem tła.

W owrzodzeniach pourazowych należy usunąć tkankę zmienioną, a w razie nadmiernego napięcia skóry przez wybujałą bliznę kostną — zdłutować jej część, poczem zaszyć ranę kilkoma pojedyńczemi szwami.

W podobny sposób należy postąpić w przypadkach owrzodzeń pooparzeniowych.

Owrzodzenia pozakrzepowe wymagają jedynie leczenia zachowawczo-objawowego.

W przypadkach owrzodzeń kiłowych, przy istniejących zmianach swoistych w innych narządach i przy dodatnim odczynie serologicznym, tło i sposób leczenia nie nasuwają wątpliwości. Jednakże autorzy zwracają uwagę na istnienie t. zw. kiły utajonej, gdzie zmiany dostrzec trudno, a odczyn serologiczny bywa ujemny. Dlatego też należy w każdym podejrzanym, choćby, przypadku przeprowadzać leczenie swoiste. Nadmierna pigmentacja skóry w okolicy ubytku — tła nie przesądza.

Do owrzodzeń goleni na tle żylaków zalicza się tylko te, które rozwijają się na samym żylaku, obecność bowiem żylaków obok owrzodzeń niezawsze jest przyczyną tych ostatnich. Dowodzi to fakt nowrotów owrzodzeń po usunięciu całkowitem żyły odpiszczelowej.

W leczeniu owrzodzeń o tle nieznanem trzeba starać się przedewszystkiem: 1) o lepsze ukrwienie okolicy owrzodzenia, 2) o usunięcie z rany zawsze licznych tam drobnoustrojów, 3) o wszczepienie na miejsce ubytku zdrowej tkanki naskórkowej.

Doświadczenia i badania, wykonane przez autorów wykazały, że po odnerwieniu tętnicy udowej ziarnina, na dnie rany zmienia zasadniczo swój charakter: z mocno włóknistej, słabo ukrwionej — przechodzi w mocno ukrwioną, mało włóknistą, z licznemi młodemi komórkami tkanki łącznej. Ilość drobnoustrojów, żyjących bujnie na dnie rany, wydatnie się zmniejsza; wreszcie, znikają wszystkie drobnoustroje chorobotwórcze. Na tak uzdrowionem podłożu przeszczepy nadskórka, wykonywane przez autorów metodą Halsted-Davies'a, przyjmują się dobrze, a ubytek skóry szybko zagaja się całkowicie.

W powyższy sposób autorzy leczyli 52 przypadki owrzodzeń goleni o tle różnem. We wszystkich przypadkach otrzymali wyniki dobre i trwałe. Wyjątek stanowiły owrzodzenia na tle zakrzepowem, gdzie z 11 leczonych chorych u żadnego nie uzyskano poprawy, a 2 przypadki skończyły się zejściem śmiertelnem z powodu zatoru.

J. Czyżewska.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Niebezpieczeństwa i powikłania porodu pośladkowego i ich leczenie. (Les dangers et les complications de l'accouchement par le siége et leur traitement). Verstraete.
Bruxelles Médical, 1935, N. 24, str. 645.

Wiadomo, że okres pierwszy, okres rozwierania się zazwyczaj przedłuża się w porodach pośladkowych. Jest to nie zawsze skutkiem słabych bólów, przeciwnie niekiedy ma tu miejsce skurcz mięśni okrężnych ujścia zewnętrznego macicy, który zresztą łączy się czasami ze słabą czynnością trzonu.

W tych to przypadkach autor zaleca podanie środka przeciwskurczowego, za który uważa spasmalgine — Roche. Injekcja tego preparatu nie tylko nie przedłuża się okresu rozwierania, ale go się nawet wybitnie skraca.

Kiedy już wreszcie dojdzie do pełnego rozwarcia i płód urodzi się po pępek — wówczas autor wstrzykuje 2 jedn. międzynar. wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej, i przystępuje jednocześnie do pomocy ręcznej.

Postępowanie to znacznie ułatwia wydobycie płodu, który niejako wyskakuje sam, a za nim niekiedy odchodzi łożysko.

Oczywista metody tej nie należy stosować w przypadkach znacznego niestosunku porodowego —tam trzeba a priori wybrać rozwiązanie cięciem cesarskiem. W przypadkach względnego niestosunku, w których wydobycie główki stanowić by mogło trudność, tam siły wydalające od góry, jaką daje hypophysis może być tylko dużą pomocą, a nie przeszkodą.

Postępowanie powyższe nie wpływa na częstość i wielkość pęknięcia krocza, nie grozi również, ani obkurczenie się ujścia, ani następowy rozkurcz macicy, który mógłby wywołać niedowład macicy.

— — — — — — — —

Śmiertelność dzieci w porodach pośladkowych wynosi od 3,5 — 37 proc.. Dziecko donoszone jest w większym niebezpieczeństwie niż dziecko niedonoszone. Szczególnie niebezpieczny dla dziecka jest poród pośladkowy u pierwiastek.

Śmiertelność matek po porodzie pośladkowym nie jest większa, niż po porodzie główkowym, natomiast niewątpliwie większy jest odsetek powikłań w połogu.

Przyczyny śmierci i chorób płodu mogą leżeć:

jeśli chodzi o uduszenie — w samym zabiegu wydobywania płodu (lub pomocy ręcznej), oraz w ucisku pępowiny;

dalej w uszkodzeniu kończyn dolnych i górnych;

w trakcie wydobywania główki następuje złamanie obojczyka, niedowład splotu barkowego, naderwanie mięśnia mostkowo - obojczykowo-sutkowego, rozciągnięcie kręgosłupa szyjnego ze zwichnięciem kręgów i wyciągnięciem rdzenia szyjnego, krwotoków podoponowych; niekiedy wreszcie występują późne zapalenia odoskrzelowe płuc.

Matce grozi:

wyczerpanie przez długotrwały poród; zakażenie przez liczne badania wewnętrzne;

przedwczesne odejście wód płodowych; zaburzenia w akcji skurczonej macicy, jako to słabe bóle porodowe, obkurczenie trzonu, wtórne osłabienie bólów;

pęknięcie szyjki przy zbyt gwałtownem wydobywaniu płodu;

pęknięcie pochwy i krocza. W okresie trzecim przychodzi niekiedy do nieprawidłowych słabych bólów III okresu i w związku z tem do trudności przy odchodzeniu łożyska, względnie do krwotoków w tym okresie.

Znane powszechnie, a wymienione jedynie dla przypomnienia niebiezpieczeństwa porodu pośladkowego wywołały w położnictwie konieczność zachowania następującej mocno ugruntowanej zasady:

jak najdalej posunięta bierność w okresie I porodu i jaknajdalej posunięta czynność w okresie II-gim, od chwil urodzenia się płodu do dolnego kąta łopatek.

Zapobiegawcze sprowadzanie nóżki, jak to radzą niektóre szkoły położnicze przynosi ze sobą niebezpieczeństwo podrażnienia szyjki macicy, co w skutku dać może jej skurcz spastyczny, więc przedłużenie, a nie przyśpieszenie porodu.

Autor w swoim artykule występuje raczej za postępowaniem przeciwnem, mianowicie radzi on przy zaburzeniach w rytmie bólów porodowych podać w injekcji „spasmalgine" Roche, aby rozluźnić skurcz szyji, aby dzięki temu część przodująca zeszła niżej, ucisnęła na zwoje nerwowe umiejscowione w miednicy małej, a to w skutku dać powinno wzmocnienie siły skurczu trzonu i przyśpieszenie porodu. Spasmalgina, jak wiadomo, zawiera papaverynę i pochodne atropiny.

Tak więc autor w I okresie biernie wypełnia zasadę nie wkraczania, wspomnianą wyżej.

W okresie II-gim również w myśl tej zasady, wymagającej jaknajwiększego wkraczania, jaknajbardziej czynnego zachowania się, proponuje oprócz zwykle dotychczas stosowanego zabiegu pomocy ręcznej, jeszcze wzmódz energję wydalającą macicy przez podanie dożylne 2-ch jednostek miedzynarodowych (Vögtlin'a), wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej. Przychodzi wówczas gwałtowny skurcz macicy, co niewątpliwie ułatwia ustawienie się główki i kończyn górnych w odpowiednim skurczu, co sprzyja szczęśliwemu wydobyciu płodu.

Z naciskiem należy podkreślić, że proponowane przez autora stosowanie hypofizyny w II-gim okresie porodu pośladkowego, bynajmniej nie oznacza zachęty do stosowania tego leku w I okresie tegoż porodu, wówczas wskazany jest raczej lek przeciwskurczowy.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Acne conglobata (Acné comédonienne, indurée, phlegmoneuse, a ponts fibreux, a chéloides vraies sur acné) | **M. Pautrier.**

Annales de Dermat. et de Syphil. 1934, Nr. 3.

Przypadek opisany spostrzegany był przez autora w przeciągu kilku lat, przedstawiał zmiany niezwykle rzadko spotykane i nastręczał trudności w rozpoznaniu. W początkowym okresie u 20-letniego, silnie zbudowanego mężczyzny o skórze wybitnie łojotokowej wystąpiły zmiany typowe dla trądzika, z obecnością dużych zaskórników, ze skłonnością do ropienia, i do wytwarzania bliznowców, zblizmowaciałych wyniosłości w postaci pasm i mostków. Wszystkie te zmiany nie przekraczały normalnej siedziby trądzika, zajmując twarz, plecy i okolicę mostka. Około 3 lata później powikłało obraz kliniczny zjawienie się głębokich ropni, zawierających mało ropy, ubogich we florę bakteryjną a wykazujących duże skłonności do przerostu łączno-tkankowego pokrywy ropnia i do tworzenia włóknistych wypustek, podminowanych przez tunele. W następnych 3-ch latach obraz zmienił się o tyle, że słuszności pierwotnego rozpoznania poddano w wątpliwość. Schorzenie przekroczyło zwykłe umiejscowienie trądzika, zajmując ramiona, pośladki, pachwiny i uda. Wykwity przybrały charakter bujająco-wrzodziejący, szerzący się pełzakowato, przypominając guzy w przebiegu zatrucia bromem, a następnie przez gojenie się w części środkowej przypominały trzeciorzędne wykwity kiłowe. Ze względu na ujemne wyniki wszystkich badań pracownianych wykluczono obecność kiły i co więcej jeszcze podejrzewano wykluczono obecność gruźlicy. Całość obrazu klinicznego odpowiadała jedynie opisowi podanemu przez Lang'a pod nazwą acne conglobata. Dla niektórych schorzenie to stoi w takim stosunku do trądzika pospolitego, jak kiła złośliwa do zwykłej kiły grudkowej. W przeciwieństwie do trądzika pospolitego schorzenie to rozwija się zawsze po okresie pokwitania i w późniejszym okresie rozwoju wykazuje duże skłonności do dolnej połowy ciała. Niewątpliwie w etjologji tego schorzenia dużą rolę odgrywają szczególne a dotychczas jeszcze nie określone warunki podłoża.

Leczenie polega na stosowaniu rozcieńczonej nalewki jodowej i preparatów siarkowych w postaci maści i past.

Wydalanie bizmutu z moczem po wstrzykiwaniach różnych typów leków bizmutowych. (Elimination urinaire du bismuth après injection de différents types de préparation bismuthique). J. Pouzergues.

Annales de l'Institut Pasteur. 1934. Nr. 5.

Autor wstrzykiwał domięśniowo różnym zwierzętom jednakowe dawki pochodnych bizmutu należących do jednej z trzech grup następujących: 1) rozpuszczalne w wodzie, 2) zawiesiny w oliwie, 3) rozpuszczalne w oliwie.

1) Wodny 2% roztwór winianu bizmutu wydzielany był przez wszystkie zwierzęta jednakowo — bardzo energicznie w ciągu pierwszej doby (3,2%). U człowieka, któremu wstrzyknięto 35 miligr. — całkowite wydalenie nastąpiło w ciągu 6 dni.

2) W tej grupie ilości bizmutu wydalanego są

znikome. U świnki morskiej w ciągu 20 dni wydzieliło się zaledwie 4.32% wstrzykniętego bizmutu.

3) Leki tej grupy wydalały się z moczem znacznie szybciej niż zawiesiny.

Z doświadczeń swoich wnioskuje autor, że najszybciej resorbują się roztwory wodne bizmutu, najtrudniej zawiesiny, natomiast roztwory tłuszczowe stanowią grupę pośrednią pod względem resorbcji.

Czy bizmut przedostaje się do płynu mózgo-rdzeniowego? (Le bismuth passe-t-il dans le liquide céphalo-rachidien?). A. Sezary, A. Barbe, Mlle Lackenbacher.

Bull. et Mémoire de la Soc. médic des Hôpitaux 1934. Nr. 27.

Kilkakrotne badanie w różnych okresach czasu płynów mózgo-rdzeniowych w 10-ciu przypadkach leczonych bizmutem wykazywały zawsze brak nawet najmniejszych śladów tego leku. Zdając sobie dokładnie sprawę z możliwości omyłki w tych trudnych badaniach autorzy twierdzą stanowczo, że bizmut pod żadną postacią nie przechodzi do płynu mózgo-rdzeniowego.

Choroba Besnier-Boeck'a. (La maladie de Besnier-Boeck, ses manifestations cutanées, ganglionnaires, pulmonaires, osseuses, viscérales, nasales et conjonctivales). L. M. Pautrier.

La Presse Medic. 1935. Nr. 8.

Pod nazwę sarkoidów podciągało się aż do obecnych czasów schorzenia skórne nieraz całkiem niepodobne jak np. podskórne duże guzy naciekowe (sarkoidy typu Darier'a) o etjologji nieznanej, przypuszczalnie wielorakiej i rzeczywistą drobnoguzkową gruźlicę skóry twarzy. Na zebraniu dermatologów w Strasbourg'u, gdzie głównym tematem obrad były sarkoidy, z dużej tej niejednolitej gromady wydzielono jeden typ i zwrócono uwagę na to, że ten typ sarkoidów nie jest schorzeniem wyłącznie skórnem, że obejmuje szereg innych narządów, jak gruczoły chłonne, płuca, kości, śluzówki i niektóre trzewia jamy brzusznej. Jest to więc schorzenie ogólne, któremu nadano nazwę choroby Besnier-Boeck'a dla pamięci autorów, którzy pierwsi na nie zwrócili uwagę, nie zdając sobie nawet sprawy z typu schorzenia i uważając je za miejscowe gruźlicze zmiany skóry. Zmiany skórne, najdawniej spostrzegane i dlatego najściślej określone są zawsze pierwszym objawem, który zwraca uwagę lekarza na to schorzenie. Występują one w postaci brunatno-czerwonych lub sinawych naciekowych guzków i guzów, wykazujących pod diaskopem drobnoguzkową ziarnistość przypominającą zmiany gruźlicze. Występują na twarzy, na kończynach i tułowiu w ilości kilku lub kilkudziesięciu. Na nosie i grzbietach rąk mogą tworzyć zlewające się płaskie nacieki, zniekształcające niekiedy te okolice, zwłaszcza kończyny, tak, że obraz kliniczny może przypominać spina-ventosa. Te zmiany skórne przedstawiają obraz histologiczny bardzo jednolity. Duże, ostro odgraniczone nacieki w skórze, utworzone są z komórek nabłonków i limfocytów. Nigdy nie spotyka się utkania gruźliczego.

Gruczoły chłonne skóry są z reguły zmienione. Zmian tych trzeba szukać dokładnie, gdyż nieznaczne tylko powiększenie, brak bolesności i bólów samoistnych stanowią zespół łatwy do przeoczenia tembardziej, że schorzenie nie musi zajmować gruczołów w najbliższem sąsiedztwie zmian skórnych lecz często zajmuje gruczoły dalsze i tylko niektóre ich grupy. Histologicznie stwierdza się te same zmiany, co w skórze.

Płuca i gruczoły wnękowe dotknięte bywają w 30% przypadków. Kliniczne badania nie wykazują żadnych zmian, jedynie na rentgenogramie widać jużto powiększenie wnęk, jużto rozsiane umiarowo w obu płucach drobne ogniska naciekowe, które w dwuch przypadkach autopsji zbadano i w których stwierdzono ten sam rodzaj nacieku, co w skórze i w gruczołach chłonnych.

Układ kostny zaatakowany bywa głównie w dystalnych częściach kończyn. Tak, jak i w płucach tylko rentgenogram może wykazać te zmiany. Proces chorobowy prowadzi do rozrzedzenia tkanki kostnej i do powstania jamek nieraz tak znacznych, że należy się dziwić iż nie następuje samoistne złamanie.

Śledziona i wątroba często są powiększone i wykazują te same rodzaje zmian naciekowych. Ponadto zajęte bywają niekiedy nerki, i gruczoły sutkowe, ślinianki, jądra, śluzówki jamy nosowej i spojówki, gdzie widać drobne ziarnistości.

Schorzenie jest wybitnie przewlekłe, trwa lata i ma skłonność do samoistnego cofania się zmian zwłaszcza w gruczołach chłonnych i w układzie kostnym. Przebieg schorzenia jest bezgorączkowy. Chorzy nie skarżą się na żadne dolegliwości chyba tylko ze strony skóry i dlatego klinika tego schorzenia do ostatnich czasów była tak zaniedbana. Przypadki te trafiają prawie wyłącznie do dermatologów w okresie pełnego swego rozwoju. Dzisiaj nie wiemy jeszcze nic o kolejności występowania zmian w różnych narządach. Daje się tylko zauważyć częstsze występowanie zmian kostnych w krajach północnych, częstsze zmiany gruczołów i płuc w klimacie umiarkowanym.

Etjologja jest nieznana: część autorów uważa to schorzenie za reticulo-endoteliozę typu limfogranulomatozy, wywołanej przez gruźlicę bydlęcą. Szkoła duńska uważa je za schorzenie zakaźne, nie wyklucza gruźlicy i trądu.

Leczenie stosowane przez autora odpowiada nietypowej gruźlicy, polega na wstrzykiwaniach tuberkuliny i sulfarsenolu. Tym sposobem zawsze autor mógł uzyskać poprawę zmian skórnych, niekiedy całkowite ich ustąpienie. Szkoła duńska wierna swej teorji związanej z trądem stosuje „antilepriol" (pochodną oliwy chaulmoogra).

Przyczynek do różycy świńskiej u ludzi. (Supplément à l'histoire de l'érysipéloide. Inoculation a l'homme di bacille du rouget du porc.). G. Belgodere.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1935. Nr. 3.

Przypadki różycy świńskiej u ludzi spotyka się w skupieniach, zajmujących pewne kraje np. dość licznych w krajach Europy środkowej. Schorzenie to może w niektórych krajach jest tylko pozornie rzadkim, gdyż znajomość kliniki tego schorzenia przez ogół lekarzy praktyków jest bardzo mała. Różycą powinni się interesować nietylko lekarze, lecz także władze administracyjno-sanitarne Od należytego rozwiązania zagadnienia kontroli środków spożywczych zależy stłumienie tego schorzenia, występującego niekiedy w postaci epidemji.

Własne spostrzeżenie autora dotyczy 35-letniego pracownika masarskiego, który przy kra-

janiu mięsa wieprzowego skaleczył się w ten sposób, że na prawym kciuku powstało niewielkie zdarcie naskórka. Nazajutrz w otoczeniu nadżerki pojawił się rumień, równocześnie pieczenie i bolesność skóry w tym miejscu, a także nieznaczny obrzęk stawu leżącego bezpośrednio pod wykwitem. Najbliższe gruczoły chłonne, a więc w okolicy garstki były nieznacznie powiększone niebolesne. Dalsze gruczoły chłonne były niezmienione. U chorego nie było żadnych objawów ogólnych. Rumień szerzył się obwodowo, pozostawiając w części środkowej nieznaczne żółtawe zabarwienie.

Badania pracowniane w kierunku stwierdzenia czynnika bakteryjnego i ujawnienia ciał odpornościowych w surowicy nie dały jak zwykle w tych przypadkach dodatnich wyników. Bakterje różycy świńskiej tak bardzo złośliwe dla nierogacizny wywołują u człowieka prawie wyłącznie zmiany miejscowe. Zakażenia ogólne u człowieka są nadzwyczajną rzadkością. Organizm ludzki nie jest widocznie dla tych bakterji dobrem podłożem. Ciekawym jest fakt stwierdzenia nosicielstwa tych bakterji u 50% zdrowej nierogacizny, co tłumaczy do pewnego stopnia dość znaczną ilość zachorzeń u ludzi w stosunku do znikomej ilości chorych świń przedostających się do handlu.

Schorzenie to przenosi się tylko przez zetknięcie z mięsem zakażonej świni a nigdy z człowieka na człowieka.

Leczenie powinno ograniczyć się tylko do środków miejscowo stosowanych, przeciwzapalnych. Autor przestrzega przed stosowaniem surowicy, które to leczenie powinno mieć zastosowanie tylko w przypadkach zakażenia ogólnego różycą lub w przypadkach, w których ta możliwość zagraża (dreszcze, podniesienie ciepłoty). Surowica przeciwróżycowa wywołać może wstrząs anafilaktyczny. Jako ogólnie działające stosuje się często leczenie obcem białkiem (mleko) lub leczenie dożylnemi wstrzykiwaniami trypaflaviny. W końcu wymienić należy najmodniejsze obecnie leczenie promieniami X, którem entuzjazmuje się szereg autorów głównie niemieckich.

Leczenie półpaśca. (Le traitement du zona). A. Sézary.

La Presse Médic. 1935. Nr. 43.

Półpasiec jako schorzenie częste, ściśle klinicznie określone nie przedstawia dla lekarza żadnych trudności w rozpoznaniu. Leczenie natomiast tego schorzenia tak niejednolite i niekiedy trudne, napotyka na znaczne przeszkody, zwłaszcza w przypadkach bardziej złośliwych, przebiegających z dużemi nerwobólami. Nerwobóle te mogą utrzymywać się długo, nawet poza okresem wystarczającem do ustąpienia zmian na skórze.

Leczenie miejscowe wykwitów ma na celu przyspieszenie gojenia się i powstrzymanie wtórnego zakażenia, które zawsze zagraża półpaścowi. W tym celu należy chorego przestrzec przed złemi następstwami drapania, dalej unikać w pierwszych dniach stosowania maści i wilgotnych okładów, gdyż te czynniki prowadzą zawsze do pęknięcia pęcherzyków, co ułatwia wtórne zakażenie. Najlepiej w pierwszym okresie stosować zasypki obojętne. Jeżeli pęcherzyki pękły, niema już przeciwwskazań do zastosowania maści Alibour'a (Cupr. sulf., Zinci sulf. aa 0.05 — Aq. dest., Lanolini aa 5.0, Vaselini 10.0).

Leczenie preciwbólowe polega na podawaniu antipyryny, pyramidonu, aspiryny i t. p. lub na stosowaniu naświetlań promieniami pozafiołkowemi, galwanizacji, promieni X na korzonki nerw. i t. d. W uporczywych nerwobólach stosuje się morfinę, przed stosowaniem której autor przestrzega ze względu na krótkotrwały wynik i na grożącą narkomanję. Autor stosuje pyramidon per os lub w czopkach.

Leczenie ogólne: W przypadkach uporczywych, przebiegających z silnemi nerwobólami leczenie własną krwią w ilości 10 — 20 cm daje doskonałe wyniki. Milian stosuje w tych razach novarsenobenzol, inni sulfarsenol w dawkach 12 — 18 ctgr. Autorowi nie wydaje się słusznem w schorzeniu naogół dobrotliwem stosowanie leków niekiedy dla organizmu nieobojętnych i dla tej samej przyczyny niektórzy chętniej stosują acetylarsan, jako mniej niebezpieczny. Na trzecim miejscu w leczeniu ogólnym należy wspomnieć o preparatach rtęciowych.

Ponadto w leczeniu ogólnym półpaśca mają zastosowanie: szczepionki zwłaszcza gronkowcowe, roztwory salicylanu sodowego w glukozie, iodaseptina, methyl coerul. w końcu preparaty siarkowe i wyciągi gruczołowe.

Z dość długiego powyższego wyliczenia można z góry wnioskować, że zdarzają się przypadki, w których środki te zawodzą i w których stajemy bezsilni wobec niekiedy uporczywych i dokuczliwych nerwobólów.

Zdaniem autora działanie wszystkich wyżej wymienionych sposobów leczenia ogólnego sprowadza się do leczenia wstrząsem, do wywołania którego należy wybierać środki dla organizmu jak najmniej szkodliwe.

Jastrzębska.

KRONIKA

KOMUNIKAT.

X-ty Zjazd Higjenistów Polskich, poświęcony Higjenie Pracy i chorobom zawodowym, odbędzie się w Katowicach w czasie od 20 — 22 września r. b.

Początek obrad w piątek dnia 20 września o godz. 9.30.

Do 18 września informacji udziela się w lokalu Tow. Higjenicznego, Warszawa, Karowa 31. Od 19-go września r. b. informacji udzielać będzie biuro informacyjne w Katowicach, którego adres będzie podany w jednym z następnych komunikatów.

Głównemi tematami Zjazdu są:

1. Urządzenia higjeniczne na terenie województwa śląskiego.
2. Higjena pracy w górnictwie:
   a) Urządzenia sanitarne w kopalniach,
   b) Bezpieczeństwo pracy w górnictwie.
3. Higjena pracy w hutnictwie:
   a) w cynkowniach,
   b) w hutach szklanych.
4. Zagadnienie wód ściekowych w przemyśle,

ze szczególnem uwzględnieniem okresu kryzysowego.

5. Zagadnienie zadymiania w miejscowościach przemysłowych.

Wyżej wymienione referaty wygłoszone będą na posiedzeniach plenarnych.

Reszta referatów będzie wygłoszona na posiedzeniach 2-ch sekcyj:

1. Higjeny pracy, 2. Chorób zawodowych.

Z pośród tych referatów dotychczas ogłoszono następujące:

1. Encephalitis na tle CO w górnictwie (zatrucie gazem wodnym).
2. Chroniczne zatrucie tlenkiem węgla.
3. Badania ścieków na Śląsku z punktu widzenia chemicznego.
4. Hałas w górnictwie.
5. Bakterjologja otoczenia w kopalni kruszcu.
6. Bakterjologja w kopalni węgla na miejscu pracy.
7. Urazy palucha w hutnictwie.
8. Uraz w związku z gruźlicą u górników i hutników.
9. Zawodowe uszkodzenia uszu u górników.
10. Pylica węglowa u górników.
11. Schorzenia zawodowe oka.
12. Serce u górnika ciężko pracującego.
13. Gruźlica u górników.

WNIOSKI UCHWALONE PRZEZ XV ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH W GOSTYNINIE Dn .10. VI. 1935.

I. XV Zjazd Psychjatrów Polskich stwierdzając, że zniesienie szeregu najważniejszych przepisów Ustawy Przeciwalkoholowej spowoduje nieobliczalne straty, uważa za konieczne reaktywowanie zniesionych przepisów Ustawy Przeciwalkoholowej.

II. XV Zjazd Psychjatrów Polskich zaleca Zarządowi Głównemu Pol. Tow. Psych. zwrócenie się do kompetentnych czynników w sprawie poparcia szkolnictwa specjalnego dla dzieci umysłowo upośledzonych.

III. XV Zjazd Psychjatrów Polskich wita z uznaniem rozpoczętą akcję Ministerstwa Sprawiedliwości w kierunku stworzenia specjalnych zakładów leczniczych dla osobników ze zmniejszoną poczytalnością i zwraca się z gorącym apelem do Ministerstwa Sprawiedliwości, ażeby tę doniosłą akcję kontynuowało i nadal w jaknajszerszym zakresie.

IV. XV Zjazd Psychjatrów Polskich wita rozwijającą się adneksyjną opiekę pozaszpitalną i podkreśla konieczność dalszej budowy i rozwoju szpitali psychjatrycznych, będących podstawą lecznictwa psychjatrycznego.

HIGJENA PRACY W ZAWODZIE NAUCZYCIELSKIM.

Gruźlica jest chorobą zawodową nauczycieli. Szerzy się wskutek dużej ekspozycji personelu nauczycielskiego na zakażenie gruźlicze w szkole i wskutek niekorzystnych warunków pracy. Czynnikiem, sprzyjającym rozwojowi gruźlicy wśród nauczycielstwa, jest długotrwałe przebywanie w lokalach dusznych, zapylonych i przemęczenie narządów oddechowych w czasie lekcyj. Nauczyciele cierpią często na chroniczny nieżyt oskrzeli, który przygotowuje godne podłoże do rozwoju gruźlicy płuc.

Ciekawe światło na problem gruźlicy w zawodzie nauczycielskim rzucają badania dr. Aladaro F o e l d e s a w Budapeszcie. Podaje on, że w latach 1929 — 1933 zmarło w Budapeszcie na gruźlicę 25 nauczycieli, ogólna zaś liczba osób uczących, które chorują na gruźlicę, wynosi w Budapeszcie 500 osób. Ponieważ w szkołach budapeszteńskich na jednego nauczyciela przypada około 50 uczniów, 25.000 dzieci narażonych jest stale na niebezpieczeństwo infekcji ze strony nauczyciela. Stosunki te poważnie zagrażają zdrowiu młodzieży szkolnej.

Interes szkoły nakazuje — twierdzi autor — aby nad pracą i zdrowiem nauczycieli roztoczono należytą opiekę lekarską. Powinni oni podlegać badaniom lekarskim, nietylko przy przyjęciu do pracy, ale okresowo, w oznaczonych odstępach czasu. Pozwoli to na wczesne wykrycie zmian w stanie zdrowia, wczesne leczenie rozpoczynających się chorób i racjonalną pielęgnację zdrowia

Nauczyciel jest zbyt cennym pracownikiem, wykształcenie go i zdobycie przez niego doświadczenia pedagogicznego zbyt drogo kosztuje państwo i społeczeństwo, ażeby przedwcześnie można było rezygnować z jego pracy. Należy przeto zapoczątkować w zawodzie nauczycielskim akcję higjeny pracy. Jest ona również niezbędna ze względu na ochronę zdrowia młodzieży szkolnej.

NOS A CHOROBY ZAWODOWE. CIEKAWE ODKRYCIE UCZONEGO.

Prof. G. L e h m a n n z Instytutu fizjologji pracy w Dortmundzie ogłosił w czasopiśmie „The Journal of Industrial Hygiene" wyniki swych interesujących badań znaczenia budowy nosa ludzkiego w chorobach zawodowych.

Prof. L e h m a n n stwierdził na dużej liczbie robotników, pracujących w pyle piaskowym (górnicy, kamieniarze i inne zawody), że niektórzy z nich zapadają dość szybko na pylicę płuc, inni dopiero po dłuższym okresie pracy. Różnica była dość wyraźna, gdyż u niektórych robotników stwierdzono objawy pylicy płuc już w drugim roku pracy zawodowej, w innych wypadkach dopiero po 10 albo 20 latach. Ci pierwsi prędko tracili zdrowie i zdolność do pracy, drudzy pracowali przez długi okres czasu bez poważniejszych zmian, choć oczywiście i oni wkońcu też zapadli na pylicę płuc.

Ten różny sposób reagowania organizmu ludzkiego na pracę w pyle polega, według prof. Lehmana, na indywidualnych różnicach w budowie nosa. Nos bowiem, jak wiadomo, wychwytuje pewną część pyłu z powietrza wdychanego i nie dopuszcza do zbyt szybkiego zapylenia narządów oddechowych. Błona śluzowa nosa spełnia u niektórych ludzi dobrze swą funkcję ochronną, u innych nieco gorzej. Zależnie od tego niektórzy ludzie odznaczają się większą odpornością na pył, inni, o złej budowie nosa, zapadają dość szybko na pylicę płuc

Prof. L e h m a n n postanowił praktycznie zużywać swe odkrycie. Jest rzeczą słuszną, ażeby przy pracach, gdzie nie da się uniknąć pyłu, byli zatrudnieni wyłącznie ludzie odporni na pył. W tym celu skonstruował prof. Lehman specjalny aparat, którym można określić właściwości indywidualne nosa, czy dobrze spełniają

swą funcję ochronną, czy nie. Stosując aparat prof. L e h m a n n a można przeprowadzić odpowiednią selekcję robotników i zaoszczędzić osobom o budowie nosa nieodpowiedniej do pracy w pyle przedwczesnej utraty zdrowia.

Odkrycie to niezwalnia nikogo oczywiście, od obowiązku walki z pyłem przy pracy, który działa szkodliwie nawet na ludzi o doskonałej budowie nosa.

ŚLEPOTA WSKUTEK WYPADKÓW PRZY PRACY. 900 OFIAR ROCZNIE W POLSCE.

Dr. M e l a n o w s k i, profesor okulistyki Uniwersytetu Warszawskiego, poruszył w czasopiśmie „Medycyna" sprawę urazów narządów wzroku wskutek wypadków przy pracy. W roku 1930 zdarzyło się na terenie Polski, samym tylko ubezpieczonym od wypadków przy pracy, 895 ciężkich urazów oczu. Większość tych wypadków zakończyła się ślepotą lub znacznem upośledzeniem wzroku, sprawa jest więc poważna.

Najwięcej wypadków urazów wzroku zaszło w górnictwie. W 1930 roku 215 górników straciło wzrok całkowicie lub częściowo; część wypadków zdarzyła się przy pracy na dole wskutek odprysków węgla i kamieni, część przy pracach ślusarskich i kowalskich na powierzchni.

Większość tych wypadków można było uniknąć, gdyby górnicy, w czasie wykonywania niebezpiecznych prac, byli zaopatrzeni w odpowiednie okulary ochronne.

Jednak — pisze prof. M e l a n o w s k i — szkła lub choćby siatki, chroniąc oczy, mogłyby jednocześnie utrudnić widzenie i narazić pracownika na nowe, niemniej ciężkie wypadki, to też zagadnienie ochrony przed odpryskami w kopalni wiąże się ściśle z zagadnieniem dobrego oświetlenia miejsc pracy, szczególnie niebezpiecznych dla narządu wzroku.

Drugie miejsce w statystyce ślepoty zajmuje hutnictwo i przemysł metalowy. Urazy oczu były tu dość ciężkie, gdyż 82% z nich zakończyło się ślepotą. Najczęściej zdarzały się one przy obróbce ręcznej, a więc przy kuciu, rąbaniu, piłowaniu lub też przy obróbce maszynowej na żdziernicach i tokarniach. Przyczyną urazów były odpryski, padające w nieosłonięte oko. Noszenie okularów ochronnych oraz lepsze zabezpieczenie maszyn mogło było zapadkom tym zapobiec.

Z innych uszkodzeń wzroku na uwagę zasługują dość częste oparzenia oczu wapnem w budownictwie. Przyczyną ich bywa niedbalstwo i nieporządek przy obchodzeniu się z wapnem na budowach i brak uświadomienia robotników. Należy to zwalczać, według prof. M e l a n o w s k i e g o, zapomocą odpowiednich przepisów i pouczeń. Przy przyrządzaniu zapraw murarskich robotnicy powinni bezwzględnie chronić oczy szczelnemi okularami.

Ślepota wskutek wypadków przy pracy pozbawia ludzi zdolności do pracy i chleba, społeczeństwo zaś zmusza do utrzymywania nieszczęśliwych ofiar. Walka z tą niepotrzebną ślepotą jest tedy nakazem nietylko humanitarnym, ale i gospodarczym.

DZIAŁ BEZPIECZEŃSTWA I HIGJENY PRACY NA MIĘDZYNARODOWYCH TARGACH POZNAŃSKICH.

Na tegorocznych międzynarodowych Targach Poznańskich zorganizowany został po raz pierwszy przez Instytut Spraw Społecznych specjalny dział poświęcony bezpieczeństwu i higjenie pracy.

W części propagandowej tego Działu odpowiednie tablice i fotomontaże przedstawiły ogólne liczby wypadków i ich nasilenie w poszczególnych gałęziach produkcji oraz straty gospodarcze, wypływające stąd dla życia gospodarczego kraju, straty, wynoszące w ciągu roku około 250 milj. zł. Zmniejszenie tylko o 20% wypadków w przemyśle pozwoliłoby wybudować w Polsce 10.000 izb mieszkalnych lub 1.000 szkół powszechnych lub też 700 km szos. Plastycznie przedstawiona analiza przyczyn wypadkowości wskazuje, że większości wypadków można uniknąć, gdyż spowodowane one są głównie przez braki techniczne i organizacyjne. Następnie część propagandowa przedstawiła akcję, którą prowadzi się w Polsce i zagranicą w kierunku zmniejszenia wypadkowości, ilustrując ją szeregiem plakatów i wydawnictw naukowych i propagandowych. Wreszcie podkreślone zostało znaczenie finansowego zainteresowania przedsiębiorców akcją zapobiegania wypadkom, która powoduje zmniejszenie składek ubezpieczeniowych, strat bezpośrednich, wynikających z wypadków i powiększa wydajność pracy robotników, pracujących w warunkach bezpieczeństwa i zdrowia.

W części handlowej działu bezpieczeństwa i higjeny pracy wzięło udział szereg firm, wytwarzających lub sprzedających przyrządy i aparaty zabezpieczające, jak maski i respiratory, okulary, ubrania ochronne, gaśnice i t. p.

Na specjalnem stoisku Związek Polskich Hut Żelaznych przedstawił metody i wyniki wprowadzonej w hutnictwie służby bezpieczeństwa pracy.

Informacyj i objaśnień w zakresie zagadnień, uwidocznionych w stoiskach, udzielili współpracownicy Instytutu. Pozatem zwiedzający otrzymywali szereg wydawnictw propagandowych i wysłuchali specjalnych przemówień, nadawanych z płyt przez umieszczone w pawilonie głośniki.

Dział bezpieczeństwa i higjeny pracy wzbudził wielkie zainteresowanie wśród zwiedzającej Targi publiczności, a zwłaszcza wśród sfer przemysłowych i młodzieży szkół technicznych i rzemieślniczych.

NOWE MOŻLIWOŚCI PRODUKCYJNE DLA PRZEMYSŁU POLSKIEGO.

Wskutek zrozumienia przez nasze społeczeństwo ważności zagadnień bezpieczeństwa i higjeny pracy, co daje się coraz częściej zaobserwować, przemysł polski rozpoczął już walkę z wypadkami przy pracy i chorobami zawodowemi.

Coraz więcej przedsiębiorstw przekonywuje się, że zastosowanie odpowiedniej organizacji pracy i urządzeń, chroniących robotnika, odbija się dodatnio na stanie fizycznym załogi, a tem samem i na wydajności pracy. Pozatem istniejące ustawodawstwo przewiduje, jak wiemy, ulgi w składkach ubezpieczeniowych dla przedsiębiorstw, prowadzących na terenie zakładów akcję profilaktyczną i higjeniczną.

Akcja taka napotyka jeszcze w Polsce, m. inn. i na tę trudność, że nie wytwarza się w kraju całego szeregu odpowiednich urządzeń i przyborów, jak osłon maszyn, zabezpieczeń indywidualnych: masek, okularów ochronnych i specjalnych urządzeń higjenicznych i ratowniczych. Często też nawet wytwórnie, posiadające odpowiednie artykuły, nie są poinformowane o właściwych miejscach zbytu, a nabywcy sprowadzają te artykuły z zagranicy.

Pragnąc ułatwić kontakt zarówno wytwórcom, jak i przedsiębiorcom, pragnącym nabyć odpowiednie urządzenia oraz pobudzić fabryki i warsztaty najrozmaitszych działów przemysłu do produkcji przedmiotów z zakresu ochrony pracy, Instytut Spraw Społecznych zorganizował w roku bieżącym na Targach Poznańskich specjalny dział bezpieczeństwa i higjeny pracy, który niewątpliwie zainteresuje najszersze sfery polskiego przemysłu.

ZAMIAST INWALIDÓW — POŻYTECZNI PRACOWNICY.

Liczba ludzi, którzy tracą zdolność do pracy wskutek ischjasu i analogicznych schorzeń nerwowo-reumatycznych jest dość znaczna. Zatrudnieni są oni przeważnie w zawodach wymagających ciężkiej pracy fizycznej przy jednoczesnem narażeniu na działanie czynników klimatycznych, wilgoci, zimna lub też gwałtownych zmian temperatury. Schorzenia te zwykle przebiegają w kilku nawrotach, zaostrzają się i słabną, aż wreszcie prowadzą do zupełnego inwalidztwa. Robotnik po długotrwałym okresie leczenia, przerywanym pracą zawodową, zgłasza się po rentę, jako trwale niezdolny do pracy. Rentę tę zwykle otrzymuje, gdyż istotnie nie może pracować.

W Kijowskiej Klinice Chorób Zawodowych przeprowadzono nad tego rodzaju inwalidami pracy ciekawe doświadczenia. Starano się mianowicie przez zmianę zawodu nie dopuścić do przedwczesnego i niepotrzebnego inwalidztwa. Renta, którą wypłaca się nieproduktywnie przez długie lata, kosztuje społeczeństwo bardzo drogo. Lepiej i taniej jest wyłożyć w odpowiednim czasie pewną sumę pieniędzy, aby przeszkolić robotnika w innym zawodzie, w którym nie jest narażony na działanie czynników szkodliwych.

Eksperyment udał się całkowicie. Przeprowadzono go w ten sposób, że robotników, którzy ulegli drugiemu nawrotowi ischjasu i którzy byli już na drodze do inwalidztwa, nie posyłano, po zaleczeniu choroby, z powrotem do pracy. Przechodzili oni najpierw gruntowną kurację w klinice, a potem, na koszt ubezpieczeń społecznych, przeszkolenie zawodowe. W ten sposób np. przeszkalano robotników ziemnych, dozorców nocnych, tragarzy, palaczy — na pisarzy, administratorów, portjerów i t. p., a więc w zawodach mało narażonych na działanie czynników klimatycznych. Po odbytej kuracji i przeszkoleniu obejmowali oni nowe stanowiska i choroba, u większości z nich, nie odnawiała się.

Korzyść była obopólna: dla ubezpieczeń społecznych, bo zaoszczędziły na rentach — dla robotników, bo zachowali zdolność do pracy i zdrowie.

BRAK HIGJENY PRACY PROWADZI DO BANKRUCTWA UBEZPIECZEŃ CHOROBOWYCH.

Ukazało się niedawno sprawozdanie specjalnej komisji amerykańskiej, powołanej do zbadania stosunków zdrowotnych w przemyśle kamieniarskim i hutniczym na terenie stanu Massachusetts Am. Pół. Przemysł tamtejszy zatrudnia wielotysięczną rzeszę robotników, która wskutek złych warunków zdrowotnych pracy i wynikającej stąd dużej chorobowości, doprowadziła do bankructwa tamtejsze towarzystwa ubezpieczeniowe na wypadek choroby.

Komisja ustaliła, że duża liczba robotników cierpi na t. zw. krzemicę, chorobę granitu. Również w hutach i odlewniach używano piasku kwarcowego, który unosił się w powietrzu, prowadząc do powstania krzemicy. Brak środków ochronnych przed pyłem, a więc masek przeciwpyłowych dla robotników i urządzeń odpylających powietrze w pomieszczeniach do pracy, doprowadził do powszechnego upadku stanu zdrowia ludności robotniczej. Świadczy o tem stwierdzony przez komisję fakt, że co trzeci robotnik umierał na gruźlicę, stojącą w bezpośrednim związku przyczynowym z krzemicą płuc, a ogólna śmiertelność kamieniarzy i odlewników była czterokrotnie wyższa, aniżeli pozostałej ludności męskiej w wieku ponad 20 lat.

Nic dziwnego, że wskutek takiej epidemji chorób zawodowych, towarzystwa ubezpieczeniowe nie mogły wytrzymać finansowo nadmiernych obciążeń, spowodowanych olbrzymią chorobowością robotników.

Jest to wymowny przykład do czego prowadzi brak higjeny pracy i rabunkowa gospodarka zdrowiem ludzkiem.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.